Nr. 9. 26. lutego 1933 Rok XII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Dr. ALEKSANDER PASZKIEWICZ, asystent Kliniki. Kraków.

O leczeniu zachowawczem ropniaków opłucnych *).

Z Kliniki Dziecięcej Uniw. Jagiellońskiego w Krakowie.
Dyrektor: Prof. Dr. Ksawery Lewkowicz.

W numerze 19 i 20 Polskiej Gazety Lekarskiej z 1931 roku ogłosił Prof. Lewkowicz artykuł p. t. Zagadnienie zachowawczego leczenia ropniaków opłucnych, w którym na podstawie dokładnej obserwacji czterech przypadków wyraża zapatrywanie, że leczenie ropniaka opłucnej powinno się przeprowadzać całkowicie sposobem zamkniętym, a szerokie otwarcie opłucnej może zostać jedynie jako *ultimum refugium* w zupełnie wyjątkowych przypadkach. Prócz tego autor dochodzi do wniosku, że usunięcie przekwaszenia wysięku, które hamuje swoiste procesy odpornościowe, jest bardzo ważnym czynnikiem w leczeniu tego cierpienia.

Mojem zadaniem było prowadzenie w dalszym ciągu badań w tym kierunku, by na większym materjale śledzić zjawiska, towarzyszące leczeniu się ropnego zapalenia opłucnej, czyto pod wpływem ciał obronnych samego ustroju, czy też pod wpływem stosowanych miejscowo środków bakterjobójczych.

W czasie od stycznia 1930 r. do końca grudnia 1931 r. miałem w leczeniu w Klinice 44 przypadków ropniaków. W 29 przypadkach chodziło o zakażenie pneumokokowe czyste, w 3 obok pneumokoków znajdowano w wysięku także inne drobnoustroje (gronkowce, pałeczka Pfeiffera), 5 było wywołanych przez gronkowce, 3 przez paciorkowce, 2 przez pałeczkę Pfeiffera, 1 przez bakterje gnilne bliżej nieoznaczone, w jednym zaś wogóle drobnoustrojów w wysięku wykazać nie zdołano.

Połowę tego materjału zebrałem i wyniki leczenia podałem jako tymczasowe doniesienie na IV. Zjeździe Pedjatrów we Lwowie. Niektóre tam wypowiedziane wnioski wobec późniejszych spostrzeżeń musiały ulec sprostowaniu lub uzupełnieniu.

Różnorodność materjału klinicznego pod względem etjologicznym, oraz stosunkowo duża rozmaitość stosowanych do leczenia sposobów, zacieśnia nieco możliwość wysnuwania dalej idących wniosków o ogólnem znaczeniu. Zebrane jednak doświadczenia pozwalają już obecnie na ustalenie wytycznych dla dalszych badań, na określenie pewnych sposobów leczenia jako niewątpliwie skutecznych, a wyeliminowanie innych, jako niecelowych. Ta pierwsza serja przypadków ma mieć zresztą raczej znaczenie orjentacyjne dla dalszej pracy.

Zabiegi, badania dodatkowe bakterjologiczno-serologiczne oraz zdjęcia mikrofotograficzne wykonywałem osobiście, stężenie jonów wodorowych w próbkach wysięków oznaczał Dr. Bernaciński i materjał ten ujął z punktu widzenia fizyczno-chemicznego w osobnej pracy.

Przegląd przypadków.

Ropniaki pneumokokowe. Stanowią one największą grupę z pośród omawianych tutaj ropniaków opłucnych, mianowicie obejmują 29 przypadków. Odróżniamy zwykle ropniaki parapneumoniczne, czyli rozwijające się w toku zapalenia płuc, od ropniaków metapneumonicznych, t. j. takich, które wytworzyły się dopiero w jakiś czas po przełomowym spadku ciepłoty. Z pośród tych 29 przypadków 15 leczyłem chlorowodorkiem optochiny, 3 surowicą pneumokokową, resztę zaś samem wypuszczaniem wysięku lub też wypuszczaniem, połączonem z płokaniem opłucnej płynami obojętnemi albo zasadowemi.

Wysięk z ropniaka pneumokokowego we wczesnym okresie rozwoju przedstawia się jako płyn surowiczo-ropny, zawiera mało ciałek białych, zwykle znacznie uszkodzonych. W przypadku S. K. Nr. 257/31 było 15.000 ciałek białych w 1 mm³ wysięku, pneumokoki wyłącznie zewnątrzciałkowe, rozmieszczone równomiernie w polu widzenia, nie wykazywały ani śladu aglutynacji (ryc. 1). Liczba ich, w porównaniu z małą ilością ciałek białych wydaje się dużą. Stężenie jonów wodorowych, niezbyt wysokie, wynosiło w danym przypadku $4{,}4 \times 10^{-7}$ (pH 6.36), co stoi w ścisłym związku z niewielką ilością ciałek białych w wysięku.

Na szczycie rozwoju wysięk przedstawia się jako płyn ropny, ma zwykle barwę zielonawą, jest dość gęsty, zawiera bowiem średnio 300.000 ciałek białych w 1 mm³. Z ciałek tych około 95% stanowią ciałka obojętnochłonne o jądrach mniej lub więcej wyraźnie segmentowanych, resztę zaś limfocyty i śródbłonki opłucne. W pierwszych porcjach wysięku ciałka białe są zwykle w znacznej części rozpadłe, co przejawia się w ten sposób, że zmętnienie wysięku jest około 3 razy silniejsze, aniżeliby to odpowiadało ilości ciałek, stwierdzonych w 1 mm³. Stężenie jonów wodorowych C_H wynosi średnio 40×10^{-7} (pH = 5.4), a więc jest około 100 razy wyższe niż w osoczu krwi. Białko oznaczano w wysięku po opadnięciu ciałek białych zapomocą skali zmętnień Mestrezata, która w tym materjale daje pewniejsze wyniki, niż oznaczanie refraktometryczne. Wynosi ono średnio około 4%. Po dokładnem przepłókaniu jamy opłucnej, zawartość ta spada do 1/50 — 1/100 wartości pierwotnej, tymczasem przy następnym zabiegu znajdujemy znów tę samą co pierwotnie, a czasem nawet większą ilość białka, co można wytłumaczyć tylko, jeżeli przyjmiemy, że do jamy opłucnej napłynął świeży wysięk. Pneumokoki są początkowo dość liczne, zwykle dobrze utrzymane, to też dobrze zabarwione. Przed przystąpieniem do leczenia nie stwierdzało się fagocytozy w żadnym z naszych przypadków, zatem pneumokoki leżały wyłącznie zewnątrzciałkowo i nie okazywały aglutynacji (ryc. 2).



Ryc. 1. Przyp. S. K. lat 2. Nr. 257/31. 4 dzień choroby.
Wysięk pneumokokowy w początkowym okresie rozwoju. Powiększenie 1000 : 1. Barwienie błękitem toluidynowym. C_H wysięku: $4{,}4 \times 10^{-7}$ (pH 6,36). Leukocyty nieliczne, niezbyt znacznie uszkodzone. Pneumokoki, równomiernie rozmieszczone, czasem w krótkich łańcuszkach, są wyłącznie zewnątrzciałkowe i nie okazują aglutynacji. W stosunku do małej liczby leukocytów wydają się bardzo liczne.

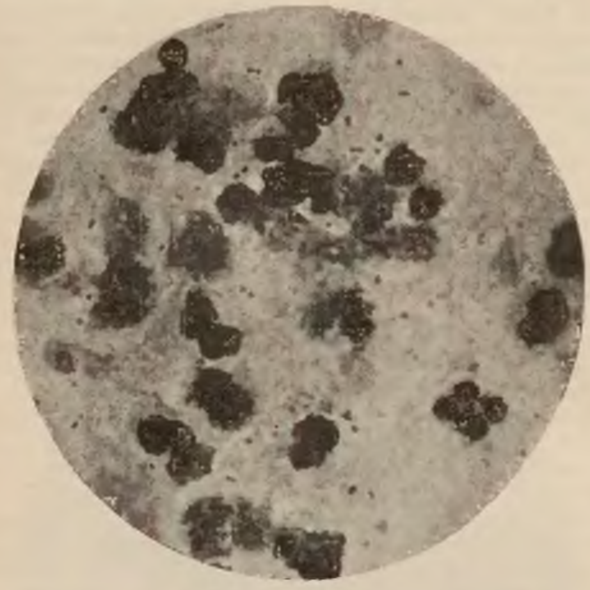
Zależnie od tego, czy stosujemy do leczenia środki chemiczne, działające swoiście na pneumokoki, w pierwszym rzędzie chlorowodorek optochiny, czy też leczenie odbywa się pod wpływem sił obronnych ustroju zakażonego, przy wypuszczaniu wysięku i to albo samem, albo połączonem z przepłókiwaniem płynem obojętnym, zachodzą w wysięku zmiany, ciekawe z punktu widzenia patologji zapaleń, oraz ważne ze względów prognostycznych.

Optochiną leczyłem 15 przypadków, w tem 5 sposobem Woringera, polegającym na wstrzykiwaniu do opłucnej optochiny 5% po wypuszczeniu wysięku, ale bez przepłókiwania, 6 sposobem Gralki,

*) Według wykładu wygłoszonego w Towarzystwie lekarskiem krak. dnia 11 maja 1932.

w którym optochinę 5% wstrzykuje się po uprzedniem przepłókaniu jamy opłucnej optochiną 0,5%, w 4 zaś przypadkach początkowo przepłókiwałem opłucnę roztworem fizjologicznym soli kuchennej lub płynem Ringera, a po pewnym czasie oprócz tego wstrzykiwałem optochinę 5%.

Pod wpływem optochiny ilość wysięku zmniejsza się znacznie, maleje również ilość pneumokoków, przyczem są one nadtrawione, co przejawia się w zmianie ich kształtu i barwliwości, mianowicie błękitem toluidynowym barwią się one wtedy na kolor brudno-zielony, zamiast na niebieski. Wysięk przybiera barwę brunatno-zieloną, jest gęsty, kleisty, a pod mikroskopem przedstawia się jako drobnoziarnista masa, mogąca dawać dosyć znaczne zmętnienie, czemu jednak nie odpowiada ilość ciałek białych, wyrażająca świeże ropienie, gdyż ta spada równocześnie na 20—30.000 w 1 mm³. Po-



Ryc. 2. Przyp. L. G. lat 5. Nr. 400/30. 43 dzień choroby. Wysięk pneumokokowy na szczycie rozwoju, przed leczeniem. Powiększenie 1000 : 1. Barwienie błękitem toluidynowym. C_H wysięku: 55 × 10⁻⁷ (pH 5,26). Leukocyty liczne, znacznie uszkodzone, częściowo rozpadające się albo występujące w postaci cieni. Pneumokoki wyłącznie zewnątrzciałkowe i nie okazujące aglutynacji, są równomiernie rozmieszczone we wszystkich polach, dlatego na jednem polu wydają się nieliczne.

siew na agarze surowiczym daje zaledwie kilka kolonij pneumokoków i to zwykle dopiero po 48 godzinach lub później. W dalszym ciągu leczenia nie spotykamy już pneumokoków w mazankach i nie wyrastają one na pożywkach. Ilość ciałek białych w 1 mm³ spada do 10.000 lub poniżej, zaś w ich wzorze cytologicznym następuje przesunięcie na korzyść limfocytów, których procent dochodzi do 20 i więcej. Równolegle ze zmniejszaniem się ropienia i znikaniem pneumokoków idzie zwiększanie się ilości białka i odkwaszanie się wysięku. Jego zakwaszenie bowiem, jak wyżej wspomniałem, jest proporcjonalne do ilości ciałek białych i ich rozpadu. Być może, że pewien nieznaczny udział w wywoływaniu zakwaszenia biorą drobnoustroje poprzez produkty swej przemiany materji, podobnie jak się to dzieje na pożywkach, na których wyrastają. W końcu leczenia zakwaszenie wysięku jest nieznaczne, co się tem tłumaczy, iż mechaniczne przepłókiwanie usuwa kwaśną ropę i robi miejsce dla świeżego, bardziej zasadowego wysięku, a oprócz tego pod działaniem optochiny znika bodziec dla ropienia, jakim są zjadliwe pneumokoki.

Po zabiciu pneumokoków optochiną odbywa się powolne wchłanianie resztek jałowego wysięku, który teraz z gęstej, kleistej masy, zamienia się w rzadszy, brunatnawy płyn, obojętny lub nawet słabo zasadowy. Procesowi temu towarzyszą czasem gorączki dość wysokie, nie wywierające jednak ujemnego wpływu na stan ogólny chorych, który nawet właśnie teraz może się zacząć poprawiać. W każdym razie takie bezgnilne gorączki, nawet gdyby były wysokie, nie mogą być żadną miarą, jak to już pouczył I. przypadek Prof. L e w k o w i c z a, wskazaniem do zabiegu chirurgicznego. Należy to tem bardziej podkreślić, że Woringer, nie zdając sobie sprawy z przyrody gorączki i przypuszczając utrzymywanie się zakażenia w niedostępnych dla optochiny pokładach włóknikowo-ropnych, zastosował w dwóch takich przypadkach wtórorzędne wycięcie żebra.

Nie zawsze jednak leczenie optochiną przebiega tak gładko. W niektórych przypadkach przeciągało się ono długo, zanim udało się doprowadzić do wyjałowienia wysięku; w dwóch zaś, mianowicie w jednym, leczonym metodą Gralki, w drugim zaś metodą Woringera, pojawił się po upływie pewnego czasu nawrót choroby, skoro opierając się na wyniku badania preparatów i posiewu, uważałem wysięk za wyjałowiony i zaprzestawałem wykonywania zabiegów. Prawdopodobnie optochina, zamieniając odrazu wysięk w gęstą, kleistą masę, trudno mieszającą się z jakimkolwiek płynem, nie dociera do części jamy opłucnej, bardziej odległych od miejsca wkłucia i nie działa tam na pneumokoki, które stają się w ten sposób przyczyną nawrotu.

Te niedogodności leczenia optochinowego spostrzegałem jedynie przy stosowaniu optochiny od samego początku, t. j. przy metodzie Gralki czy Woringera. Natomiast tam, gdzie o p t o c h i n ę w s t r z y k i w a ł e m d o p i e r o p o d o k ł a d n e m p r z e p ł ó k i w a n i u o p ł u c n e j w c i ą g u p e w n e g o c z a s u r o z t w o r e m f i z j o l o g i c z n y m s o l i k u c h e n n e j l u b p ł y n e m R i n g e r a, w y j a ł o w i e n i e w y s i ę k u n a s t ę p o w a ł o s z y b k o i n a w r o t ó w n i e b y ł o. Ten sposób leczenia ropniaków pneumokokowych optochiną okazał się według mojego doświadczenia najbardziej skutecznym i najprędzej prowadzącym do celu, to też go obecnie w Klinice wyłącznie stosujemy. Ma on następujące zalety: 1) bardzo dokładne przepłókiwanie jamy opłucnej płynem obojętnym usuwa z niej cały wysięk i część dostających się do wysięku strzępków włóknikowo-ropnych, a przez to oczyszcza niejako pole dla działania optochiny, 2) pozwala na dokładne dawkowanie optochiny, która nie jest lekiem obojętnym, gdy tymczasem w modyfikacji Gralki przepłókując optochiną 0,5% i wstrzykując bezpoś ednio potem optochinę 5%, nigdy dokładnie nie wiemy, ile jej właściwie znajduje się w opłucnej, 3) pozwala w pewnych wypadkach (o czem niżej) obyć się bez optochiny, a zato wykorzystać siły obronne ustroju.

Z pośród 15 dzieci leczonych optochiną osiągnąłem wyleczenie w 12 przypadkach, a zmarło troje. We wszystkich tych trzech przypadkach stosowałem sposób Woringera, gdyż od początku przedstawiały się one jako szczególnie ciężkie, chodziło więc o zastosowanie postępowania jak najbardziej łagodnego. Były to mianowicie dzieci małe, poniżej dwóch lat, ponadto dotknięte ciężkiemi powikłaniami, jak odma samoistna z zakażeniem drobnoustrojami gnilnemi, obustronne zapalenie płuc. Działanie optochiny, podobnie jak w IV. przypadku Prof. Lewkowicza, było tutaj bardzo słabe, albo też żadnego działania nie można było wogóle stwierdzić.

W pozostałych dwóch przypadkach, leczonych tym sposobem, musiałem wykonywać zabiegi przez długi czas, ale przecież wkońcu osiągnąłem wyjałowienie wysięku. W jednym z nich przyszło do nawrotu, o czem już wyżej wspomniałem.

W jednym przypadku, powikłanym odmą samoistną, w toku leczenia (sposobem Gralki), dołączyło się, najprawdopodobniej z dróg oddechowych, zakażenie ziarenkowcem nieżytowym. Drobnoustrój ten, mało chorobotwórczy, opanował prawie całe pole widzenia, spychając na plan dalszy pneumokoka. Równocześnie jednak zwiększyło się znacznie ropienie, a w związku z niem zia enkowiec znikł wkrótce całkowicie z wysięku pod wpływem silnej fagocytozy, przy niezmienionym sposobie leczenia. Optochina nie wywierała na niego żadnego działania.

W żadnym z omówionych przypadków nie zauważyłem objawów ubocznych działania optochiny.

Drugim środkiem, mającym działać zabójczo na pneumokoki, była s u r o w i c a p n e u m o k o k o w a (z Państwowego Zakładu Higjeny), którą podobnie jak optochinę, wstrzykiwałem do jamy opłucnej po dokładnem przepłókaniu tej ostatniej. Tym sposobem leczyłem troje dzieci.

W pierwszym przypadku przepłókiwałem opłucnę zasadową mieszaniną buforową fosforanów o $C_H = 0{,}4 \times 10^{-7}$ (pH = 7,4). Pneumokoki w niezmienionej ilości utrzymywały się w wysięku do chwili śmierci dziecka, spowodowanej powikłaniami, mianowicie odmą samoistną, zapaleniem ropnem śródpiersia (stwierdzonem na sekcji) i niedomogą krążenia.

W przypadku drugim u chłopca trzyletniego, wstrzykiwałem przez dość długi czas surowicę, przepłókując przedtem opłucnę płynem Ringera. Tutaj wprawdzie ilość wysięku zmniejszała się stale i nastąpiło wyleczenie po dłuższym czasie, potwierdzone badaniem rentgenologicznem. pneumokoki jednak, przeważnie zewnątrzciałkowe i dobrze utrzymane, można było do samego końca wykazać w wysięku. Przebieg leczenia nie różnił się wcale od tych przypadków, gdzie tylko przepłókiwałem opłucnę płynami obojętnemi i z powodu słabego uodpornienia chorych leczenie przeciągało się znacznie. Surowica nie wywierała tutaj wyraźniejszego działania.

W przypadku trzecim u dziewczynki czteroletniej, przyjętej do Kliniki w stanie znacznego wyniszczenia, wstrzykiwania suro-

wicy poprzedzane były przepłókiwaniem opłucnej początkowo płynem Ringera, potem zaś słabo zasadową mieszaniną buforową fosforanów o $C_H = 0{,}63 \times 10^{-7}$ (pH = 7,2). Wyleczenie nastąpiło po 10 zabiegach. Pod koniec jego przy nieznacznem odkwaszeniu wysięku zaznaczyła się silna fagocytoza pneumokoków. Z początku wyłoniły się trudności w przepłókiwaniu opłucnej, z powodu wielkiej ilości strzępków włóknikowo-ropnych tak, że dopiero pod koniec można było mówić o dokładnem oczyszczeniu opłucnej ze starej ropy i strzępków, a tem samem o odkwaszeniu wysięku. Silna fagocytoza przypada właśnie na ten okres tak, że chociaż o bezpośredniem działaniu surowicy nie może być mowy, możnaby jej przypisać działanie pobudzające fagocytozę, ujawniające się dopiero z chwilą odkwaszenia wysięku. Skądinąd jednak wiemy (o czem niżej), że w niektórych, niezbyt licznych przypadkach, ustrój rozporządza taką odpornością przeciw własnym pneumokokom, wskutek poprzednio przebytego zapalenia płuc, że nie zachodzi potrzeba stosowania środków bakterjobójczych i pneumokoki znikają z wysięku, skoro tylko nadmierne zakwaszenie zostanie usunięte.

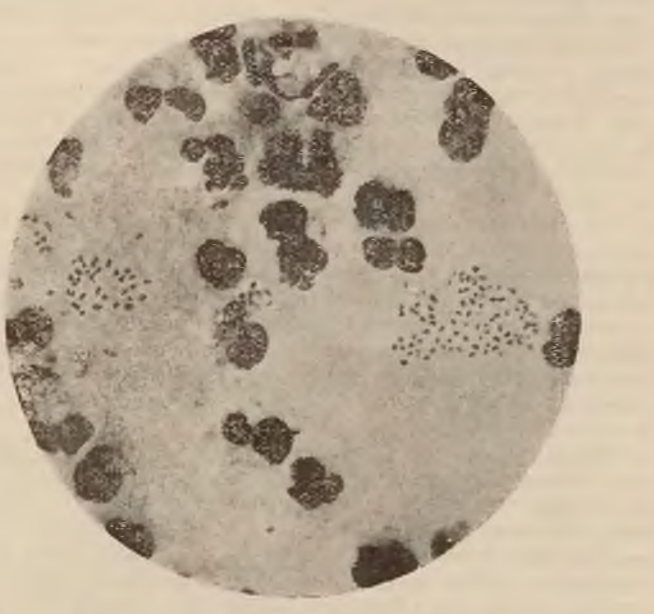
Tak więc dotychczas nie można powiedzieć nic pewnego o działaniu leczniczem surowicy pneumokokowej w ropniakach opłucnych. Ocena jej działania byłaby raczej ujemna.

Pozostałe 10 przypadków usiłowałem leczyć zapomocą s a m e g o w y p u s z c z a n i a w y s i ę k u l u b p r z e p ł ó k i w a n i a o p ł u c n e j płynem Ringera albo zasadową mieszaniną buforową b e z s t o s o w a n i a ś r o d k ó w b a k t e r j o b ó j c z y c h. Nie zawsze jednak zdołałem utrzymać się do końca przy obranym sposobie leczenia.

I tak u trojga dzieci zacząłem od wypuszczania wysięku, lecz z powodu powikłań w postaci odmy samoistnej i dodatkowego zakażenia gnilnego, wychodzącego najprawdopodobniej z dróg oddechowych, musiałem zastosować w dalszym ciągu przepłókiwania rozczynem 2‰ riwanolu, jako środkiem ogólnie bakterjobójczym. Dwoje z tych dzieci zmarło, w tem jedno po wycięciu żebra.

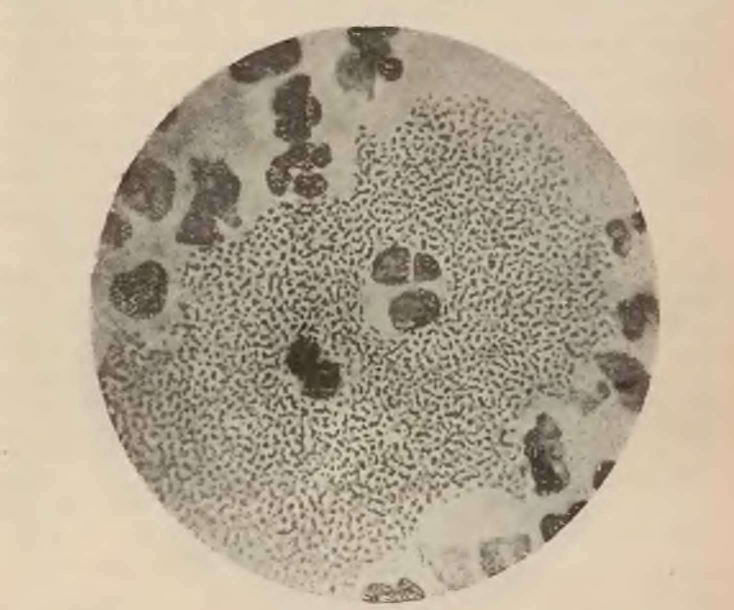
Z pośród trojga następnych chorych, u których do przepłókiwań opłucnej używało się zasadowej mieszaniny buforowej fosforanów, u dwojga, gdzie bufor stosowany był dość silnie zasadowy, mianowicie miał $C_H = 0{,}16 \times 10^{-7}$ (pH = 7,8) musiałem również przejść na riwanol z powodu odmy samoistnej i zakażenia dodatkowego. Przypadki te zakończyły się pomyślnie.

W trzecim zaś przypadku, L. G. lat 2. Nr. 400/30, używałem buforu słabo zasadowego, prawie obojętnego o C_H $0{,}63 \times 10^{-7}$ (pH = 7,2) i uzyskałem wyleczenie w krótkim stosunkowo czasie, bo po 8 zabiegach, wykonywanych co dwa dni. Przypadek ten za-



Ryc. 3. Przyp. L. G. lat 5. Nr. 400/30. 47 dzień choroby. Rozpoczynająca się aglutynacja pneumokoków w wysięku. Powiększenie 1000 : 1. Barwienie błękitem toluidynowym. Pneumokoki w przeważnej części zlepione w małe grupki, poza tem nieliczne pneumokoki pojedyńcze. Leukocyty stosunkowo dobrze utrzymane.

sługuje na szczególną uwagę, gdyż leczenie odbywało się tutaj siłami samego ustroju, uodpornionego przeciw pneumokokom, czego dowodzi ich silna a g l u t y n a c j a i f a g o c y t o z a, które można było zauważyć w mazankach z wysięku z chwilą wydatnego zmniejszenia zakwaszenia. Zakwaszenie wysięku było początkowo, t. j. w 43 dniu choroby, około 100 razy wyższe niż w osoczu krwi, mianowicie odpowiadało $C_H = 55 \times 10^{-7}$ (pH = 5,26) i w tym okresie wysięk zawierał dużo ciałek ropnych, w znacznej części rozpadłych. Pneumokoki prawie wyłącznie zewnątrzciałkowe, równomiernie rozmieszczone w polu widzenia (ryc. 2). Gdy w 47 dniu choroby stężenie jonów wodorowych spadło do 1/4, mianowicie na 12×10^{-7} (pH = 5,92), pojawiły się ślady aglutynacji pneumokoków (ryc. 3). Zjawisko to wystąpiło jednak bardzo wybitnie dopiero wtedy, (ryc. 4), gdy w 49 dniu choroby C_H spadło do 1/15 pierwotnej war-



Ryc. 4. Przyp. L. G. lat 5. Nr. 400/30. 49 dzień choroby. Wybitna aglutynacja pneumokoków, poprzedzająca fagocytozę. Powiększenie 1000 : 1. Barwienie błękitem toluidynowym. C_H wysięku: $3{,}3 \times 10^{-7}$ (pH 6,48). Grupy zaglutynowanych pneumokoków znajdują się tylko w nielicznych polach, inne pola są od pneumokoków zupełnie wolne. Leukocyty liczne, dość dobrze utrzymane.

tości, t. j. na $3{,}3 \times 10^{-7}$ (pH =6,48), a energiczna fagocytoza zaglutynowanych uprzednio pneumokoków rozwinęła się, gdy w 53 dniu choroby C_H spadło do 1/29 czyli na 1.9×10^{-7} (pH = 6.72). Gdy w dwa dni później C_H podniosło się do 2.3×10^{-7} (pH = 6.64), fagocytoza wyraźnie się cofnęła, gdyż liczba pochłoniętych przez leukocyty pneumokoków spadła z 95% na 50%, ale można było wtedy równocześnie spostrzegać bardzo silną aglutynację i bardzo wybitną fagocytozę zaglutynowanych uprzednio pneumokoków (ryc. 5). Wysięk w następnych dniach wessał się tak szybko, że nie można było uchwycić tego okresu, gdy pneumokoki całkowicie znikają z wysięku i tenże przybiera cechy wysięku surowiczego.

U ostatnich czworga dzieci przepłókiwałem opłucnę płynem Ringera, którego C_H wynosiło średnio $1{,}6 \times 10^{-7}$ (pH = 6,8).

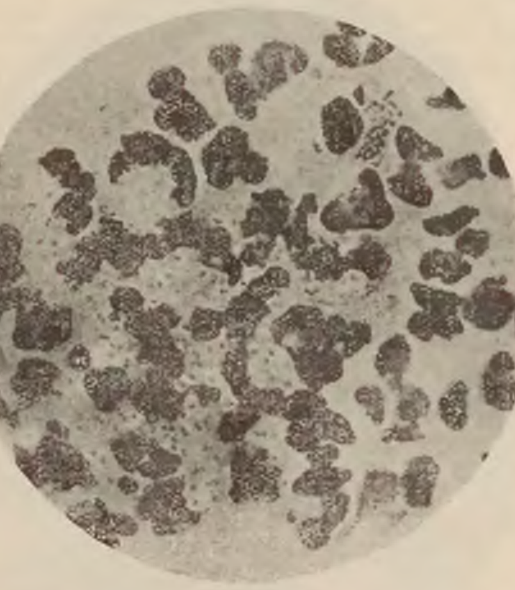
Dwoje z nich zabrali rodzice do domu jako podleczone, a dalszy ich los nie jest mi znany.

Trzecie dziecko, M. K. 311. Nr. 253/31. wyleczyło się po trzech zabiegach, wykonanych w ciągu czterech dni. Na początku leczenia t. j. w 11 dniu choroby, wysięk przedstawiał się w badaniu mikroskopowem zupełnie podobnie jak w opisanym wyżej przypadku (Nr. 400/30), posiadał C_H 57×10^{-7} (pH 5,24). W 12 dniu choroby C_H opadło do 1/2 pierwotnej wartości czyli na 25×10^{-7} (pH 5,60), a w mazankach z wysięku pojawiła się a g l u t y n a c j a p n e u m o k o k ó w, dość silnie zaznaczona. Gdy w 14 dniu choroby C_H opadło znowu do 1/23 pierwotnej wartości, mianowicie na $2{,}4 \times 10^{-7}$ (pH = 6,62), pneumokoki prawie całkowicie znikły z wysięku. Tutaj, przy jednodniowej przerwie w wykonywaniu zabiegów, uchylił się z pod naszego spostrzegania okres silnej fagocytozy, następujący po okresie aglutynacji.

W czwartym przypadku, powikłanym odmą samoistną, wyleczenie nastąpiło po 12 zabiegach, wykonywanych początkowo codziennie, potem w odstępach kilkudniowych. Zakwaszenie wysięku, a wraz z niem ropienie szybko się zmniejszało, wysięk przybrał wkońcu cechy płynu surowiczego. W mazankach dało się stwierdzić silną fagocytozę. Nie udało mi się w tym przypadku uchwycić okresu aglutynacji, poprzedzającego zwykle fagocytozę.

Zestawiając powyższe spostrzeżenia, musimy powiedzieć, że zależnie od przebiegu leczenia, dadzą się ropniaki pneumokokowe podzielić na dwie grupy. Do pierwszej należą te przypadki, liczniejsze, w których długotrwałe przepłókiwanie jamy opłucnej płynem Ringera, roztworem fizjologicznym soli kuchennej, czy też zasadowemi płynami buforowemi nie doprowadza do odkwaszania wysięku,

znikania pneumokoków i zmniejszania się ropienia. Należy przyjąć, że uodpornienie ogólne ustroju było w tych przypadkach niedostateczne i dlatego właśnie zaszła konieczność wtórorzędnego zastosowania optochiny. Drugą grupę stanowią przypadki mniej liczne, w których przepłókanie opłucnej u osobnika dostatecznie uodpornionego, oczyszcza pole dla działania swoistych niweczników, przyczem jest rzeczą obojętną, czy płócze się płynem słabo kwaśnym, jak roztwór fizjologiczny soli kuchennej lub płyn Ringera, czy też



Ryc. 5. Przyp. L. G. lat 5. Nr. 400/30. 55 dzień choroby. Odbywająca się w wysięku fagocytoza pneumokoków zaglutynowanych. Powiększenie 1000 : 1. C_H wysięku: 2,3 × 10^{-7} (pH 6,64). Barwienie błękitem toluidynowym. Ponieważ w obwodowo leżących leukocytach nie widać pneumokoków, zatem obraz należy w ten sposób tłumaczyć, że na grupę zaglutynowanych pneumokoków rzuciły się gromadnie leukocyty, pochłonęły wszystkie, przyczem zlały się one w jedną masę. Jądra leukocytów dość dobrze utrzymane.

słabo zasadowym płynem buforowym. Według naszych spostrzeżeń n i s z c z e n i e z a r a z k ó w o d b y w a się n i e b e z p o ś r e d n i o, l e c z z a p o ś r e d n i c t w e m f a g o c y t o z y, a f a g o c y t o z ę p o p r z e d z a b a r d z o w y b i t n a a g l u t y n a c j a. Przeciwnie, w pierwszej grupie przypadków zjawisk tych nie spostrzegamy, zwłaszcza nie występuje w nich aglutynacja; fagocytoza, jeśli się ją wogóle stwierdza, to jest tylko bardzo słabo zaznaczona, coby właśnie świadczyło o niedostatecznej zawartości ciał odpornościowych w wysięku. Korzystne działanie przepłókiwań polega nie na działaniu chemicznem używanych płynów, lecz na mechanicznem usuwaniu kwaśnego wysięku a wraz z nim przeważnej części pneumokoków, znajdujących się w jamie opłucnej tak, że niweczniki napływające do opłucnej z świeżym, lekko zasadowym wysiękiem, mają zadanie ułatwione.

Dok. nast.

A. LANDAU i T. HERCENBERGOWA. Warszawa.
przy współudziale M. TEMKINÓWNY i I. BEILESA.

O stanach niedocukrzenia krwi (hipoglikemja).

Z I-go oddziału wewn. Szpitala Wolskiego w Warszawie.
Kierownik: Dr. A. L a n d a u.

Dokończenie.

Chory K. M. lat 59, leczył się na oddziale naszym trzykrotnie w odstępach kilkomiesięcznych. Początek jego dolegliwości datuje od sierpnia 1931 r., gdy chory począł uskarżać się na kaszel i duszność wysiłkową. Badanie przedmiotowe wykryło wówczas jedynie nieznacznego stopnia rozedmę płuc; po miesięcznym pobycie chory wypisał się z poprawą. Już w parę miesięcy później nastąpiło pogorszenie, które znów sprowadziło chorego na oddział. Tym razem skargi chorego brzmiały już nieco odmiennie i, co wówczas jeszcze przez nas nie zostało dostatecznie uwzględnione, odnosiły się głównie do godzin rannych.

Chory odczuwał mianowicie duszność, drżenie w klatce piersiowej, drżenie rąk i niepokój psychiczny, występujące najwyraźniej wczesnym rankiem tuż po przebudzeniu, trwające kilka godzin. Łaknienie w tym okresie było dobre, na wadze jednak chory nie przybierał. Dolegliwości te sprowadziły chorego na oddział dnia 1. XI. 1931, skąd wypisał się dnia 11. XII. z rozpoznaniem: *Emphysema pulmonum. Bronchitis duplex inferior. Myodegeneratio cordis incipiens. Polycythaemia levis secundaria,* z uzyskaniem poprawy bardzo względnej, gdyż niebawem dolegliwości znów zaczęły się rozwijać, nie pozwalając choremu na powrót do pracy. Znów prawie codzień po przebudzeniu odczuwał lekką duszność, niewyraźny ucisk w klatce piersiowej, osłabienie. Objawy te trwały pół do jednej godziny. Zczasem chory spostrzegł, że objawy te ustępowały po jedzeniu. W czasie dnia miał łaknienie wzmożone — prawie co 2 godziny odczuwał silny głód tak, że stale nosił z sobą pieczywo. Do uczucia głodu przyłączał się często niepokój oraz drżenie rąk; podobnie jak rano wszystkie te dolegliwości ustępowały po jedzeniu. Często chory budził się z podobnemi objawami ze snu; nauczony doświadczeniem zaczął jadać 1—2 razy w nocy.

Dnia 5. V. 1932 r. chory po raz trzeci zgłosił się na oddział ze skargami jak powyżej.

S t a n o b e c n y. Stan bezgorączkowy. Tętno 72, miarowe. Oddechów 28. Budowa prawidłowa, odżywienie średnie, obrzęków brak. Tarczyca prawidłowo macalna. Szpary oczne miernie szerokie. Gałki oczne niewypukłe. Objawy Graefe'go i Moebius'a słabo zaznaczone, w czasie dalszego pobytu chorego na oddziale, najczęściej ujemne. Skóra twarzy i tułowia śniada, ciepła.

Serce — granice prawidłowe; tony nad wszystkiemi zastawkami czyste, nieco ciche. Ciśnienie tętnicze 115/75.

W płucach — objawy nieznacznej rozedmy w postaci niewielkiego obniżenia dolnych granic i słabej ich ruchomości, powiększenia kąta międzyżebrowego (kąt prosty). W dole od tyłu nad obu płucami skąpe rzężenia średniobańkowe, poza tem bez zmian.

Widzimy więc, iż w okresie trzeciego (a częściowo i drugiego) pobytu chorego na oddziale podmiotowe jego skargi przybrały dziwny charakter. Duszność występowała głównie z rana, ustępowała po jedzeniu, a jeśli zdarzała się za dnia, to o charakterze znacznie mniej nasilonym. Dalej cały szereg innych danych: prawidłowe granice serca, czyste choć ciche tony, tętno stale miarowe i powolne, brak obrzęków, wreszcie brak poprawy, a nawet rozwój objawów chorobowych przy poprzedniem naszem traktowaniu — wszystko to pozwalało mniemać, że niedomoga mięśnia sercowego nie jest punktem ciężkości danej sprawy chorobowej. Poza tem zjawił się cały szereg objawów neuro-psychicznych, których pochodzenie było narazie niejasne.

Często występujący głód, częsty niepokój ruchowy i psychiczny mogły nasuwać podejrzenie nadczynności gruczołu tarczowego, lecz brak znów wyraźniejszych zmian objektywnych, pomimo znacznego wzmożenia podstawowej przemiany materji (+ 62,8% dnia 11. III. 1932 i + 48% dn. 6. V. 1932) czynił to rozpoznanie niepewnem, a objawy oczne Graefe'go i Moebius'a były niestałe i niezwykle dyskretnie zaznaczone.

Co do przyczyny wzmożonego metabolizmu u naszego chorego, przypuszczamy, iż tkwi ona w niepokoju ruchowym, jaki towarzyszy niedocukrzeniu krwi naczczo. U chorego z hipoglikemją niepodobna uzyskać stanu absolutnego bezruchu, jaki jest niezbędny do oznaczenia podstawowej przemiany materji. Przypadek nasz jest jaskrawym dowodem, jak łatwo rozpoznanie może być sprowadzone na manowce, jeśli opierać się będziemy na pojedyńczych objawach. Wzmożony metabolizm klinicznie nie oznacza jeszcze choroby Basedowa.

Przypadek nasz mógł pozostawać nadal niejasnym, gdy spostrzeżenie poczynione przypadkowo któregoś dnia, skierowało nasze domysły na inne tory. Pewnego razu podczas zwykłych oględzin lekarskich chory, poprzednio trochę już podniecony, dostał gwałtownego drżenia rąk i całego ciała, wystąpił silny niepokój psychiczny, chory sprawiał wrażenie częściowo zamroczonego. Przytem zjawiły się obfite poty. Tętno było powolne (72 na min.) i miarowe. Jednocześnie chory skarżył się na gwałtowny głód.

Cały ten obraz tak żywo przypominał stany po przedawkowaniu insuliny, iż niezwłocznie podaliśmy choremu szklankę mocno słodzonej herbaty. Chory wypił ją łapczywie. Objawy prawie natychmiast ustąpiły.

W ciągu dalszego pobytu chorego na oddziale kilkakrotnie jeszcze po 3—4 godzinnem niejedzeniu zjawiały się objawy podobne, ustępujące natychmiast po wypiciu słodkiej herbaty z pieczywem.

Obserwowany przez nas atak wraz z danemi z wywiadów nasunęły przypuszczenie, iż mamy tu do czynienia z hipoglikemją samoistną.

Napadowe występowanie silnego głodu, osłabienia, drżenia kończyn i niepokoju psychicznego oraz objawy spostrzegane jeszcze

dodatkowo w okresie silniejszego ataku, a więc: obfite poty, stan częściowego zamroczenia przy dobrem tętnie — wszystko to odpowiadało zespołowi hipoglikemicznemu w łagodniejszej jego postaci. Jedynym niespostrzeganym przez innych autorów objawem była u naszego chorego duszność — lecz przy znanej już nam wielopostaciowości ataków hipoglikemji i ona mogła się mieścić doskonale w ramach tej sprawy. Rychłe ustępowanie wszelkich objawów po przyjęciu pokarmu, zawierającego węglowodany, co stanowi charakterystyczną cechę zespołu hipoglikemicznego, było u naszego chorego bardzo wyraźne.

W związku z tem rozpoznaniem przeprowadziliśmy u chorego niektóre badania dla dokładniejszego poznania jego przemiany węglowodanowej.

Tablica I.

Obarczenie 50 g glukozy dn. 9. V. r. 1932 dało:

	Naczczo	30 min.	60 min.	90 min.	2 godz.	3 godz.
(w g ‰)	0,8	1,32	1,8	1,18	1,0	0,8

zaznaczymy przytem, iż już dn. 24. XI. 1931 r., w czasie poprzedniego pobytu chorego na oddziale, również przeprowadzone było obarczenie glukozą, a to ze względu na podejrzenie nadczynności tarczycy. Otrzymano wówczas:

Tablica II.

	Naczczo	30 min.	60 min.	90 min.	2 godz.	3 godz
(w g ‰)	0,72	1,32	1,35	0,9	0,72	0,68

Jak widzimy więc, chory nasz miewał naczczo liczby glikemji choć nie uderzająco niskie, to jednak wyraźnie odbiegające od norm przeciętnych. Jak to zresztą już poprzednio podaliśmy, niepodobna ustalić granic, które wyłączają lub powodują występowanie objawów klinicznych hipoglikemji zarówno po przedawkowaniu insuliny, jak i w zespole samoistnym.

Krzywa glikemji przebiegała tu, jak widzimy, naogół zupełnie prawidłowo, jednak przy liczbie 1,8‰ cukromocz nie występował. Wiadomo, iż u zdrowego, przy prawidłowej wytrzymałości węglowodanowej, za próg przepuszczalności nerek dla cukru uważany jest poziom cukru we krwi 1,6 — 1,7‰, po przekroczeniu którego zjawia się cukier w moczu. Brak cukromoczu u chorego przy zawartości cukru we krwi 1,8‰, świadczy o pewnem uszczelnieniu nerek w stosunku do glukozy.

Krzywa glikemji dzienna (dn. 14. V. 1932 r.) przy zwykłem żywieniu szpitalnem przebiegała u naszego chorego w sposób następujący:

Tablica III.

godzina	9,30	12,30	15,30	18,30
cukier we krwi w g ‰	0,68	0,8	0,75	0,55

Dnia tego chory w czasie pobierania trzeciej porcji krwi (glikemja 0,75) odczuwał głód niezbyt nasilony, zaś w czasie ostatniego pobierania (glikemja 0,55) wystąpiło drżenie kończyn i ciała, niepokój psychiczny, poty.

Widzimy z tej krzywej, iż chory nasz za dnia miewał zapewne niejednokrotnie cyfry glikemji niższe, niż naczczo; — pobudzenie czynności wewnątrzwydzielniczej aparatu wysepkowego przez wprowadzenie pokarmu trwało tu widocznie dość długo, doprowadzając glikemję do liczb bardzo niskich, gdy w nocy z braku tej pobudki pokarmowej produkcja ustrojowa insuliny zapewne malała i stąd naczczo poziom cukru we krwi nie był tak znacznie obniżony. Podkreślić należy, że chory, w czasie pobytu w szpitalu, zaczął miewać najprzykrzejsze dolegliwości za dnia, gdy z rana czuł się już nieco lepiej — szło to niewątpliwie w parze z niskiemi liczbami w pewnych momentach jego krzywej glikemji dziennej.

Dnia 22. V. 1932 r., krzywa glikemji po wstrzyknięciu choremu naczczo 1 cm³ adrenaliny (rozcz. 1:1000) dała liczby następujące:

Tablica IV.

	Tętno	Ciśnienie	Krew tętnicza	Krew żylna
Przed wstrzyknięciem	78	125/70	0,7	0,58
po 15 min.	72-78-90	120/70 115/55	0,97	
30 min.	90-84	120/60	0,91	0,8
1 godz.	84	120/60	0,95	0,72
90 min.	78	115/60	0,82	0,60
2 godz.	78	120/60	0,47	0,46

Wyniki otrzymane przez innych autorów przy podawaniu adrenaliny w przypadkach hipoglikemji, przedstawiają się niejednolicie — cyfry glikemji naczczo bądź nie podnoszą się wcale (Parnas i Wagner), co autorzy tłumaczą zupełnym brakiem zapasów glikogenu w wątrobie; bądź podnoszą się nieznacznie (Snapper i van Creveld, Wilder, Roth), co ma zależeć od nadczynności trzustki, nie pozwalającej adrenalinie rozwinąć zwykłego swego działania; bądź wreszcie krzywa poadrenalinowa przebiega zupełnie prawidłowo. W naszym przypadku przy prawidłowym naogół przebiegu całej krzywej zadziwiająco niski tylko był poziom cukru we krwi w dwie godziny po zastrzyknięciu adrenaliny. Zdawałoby się więc, iż u naszego chorego, w ustroju niechętnie uruchamiającym swój zasób glikogenu wątrobowego, adrenalina, jako bodziec bardzo silny, zdołała podnieść poziom glikemji, lecz zarazem wywołała przeciwdziałanie ze strony trzustki; gwałtowne rzucenie do krwiobiegu nadmiernej ilości insuliny wewnątrz-ustrojowej spowodowało wtórną hipoglikemję.

Uderzającem też było, iż przy poziomie cukru 0,46—0,47‰ chory zwykłych swych objawów niedocukrzenia krwi nie miał wcale, gdy w doświadczeniu następnem, po obarczeniu insuliną czuł się bardzo źle już przy liczbie 0,75‰. Potwierdza to raz jeszcze, że nie sam poziom glikemji decyduje o wystąpieniu objawów — że wchodzą tu w grę inne jeszcze nieznane nam czynniki. W doświadczeniu z adrenaliną oznaczaliśmy u chorego cukier we krwi tętniczej (raczej z naczyń włosowatych, z koniuszka palca) i żylnej; porównanie odnośnych liczb wykazuje, iż spotrzebowanie glukozy na obwodzie odbywa się prawidłowo, bowiem zawartości cukru we krwi żylnej były stale niższe, aniżeli we krwi tętniczej.

Dn. 27. V. 1932 r., wstrzyknęliśmy choremu 10 jednostek insuliny. Krzywa przebiegała następująco:

Tablica V.

	Naczczo	60 min.	75 min.	90 min.	2 godz.
(w g ‰)	1,1	0,96	0,75	0,78	0,70

Tym razem chory już po 1 godz. i 15 min., a więc przy poziomie cukru we krwi 0,75‰ żywo reagował drżeniem tułowia, niepokojem, silnym głodem tak, że musieliśmy już po 2 godzinach przerwać badanie i podać choremu cukier. Prawdopodobnie chodziło tu znów o jakieś swoiste działanie insuliny, gdyż poprzednio np. przy badaniu krzywej glikemji dziennej udało się nam spostrzec, iż przy tej samej liczbie chory poza uczuciem głodu żadnych innych objawów jeszcze nie wykazywał.

Wyniki analogicznych badań u innych autorów znów są niejednolite. W przypadku Snapper'a i van Creveld'a chory bardzo źle znosił insulinę, reagując już na 10 jednostek żywemi objawami klinicznemi, gdy liczba glikemji była jeszcze stosunkowo wysoka. Wynik ten zupełnie odpowiada naszemu. Inni znów (Laroche, Roth) otrzymywali wyniki wręcz przeciwne: insulina obniżała glikemję do liczb znacznie niższych od zwykłych dla danych chorych wartości granicznych, — nie dając żadnych dolegliwości podmiotowych. Wszystkie te wyniki są jeszcze bardzo niejasne, to też tłumaczenia, jakie podają odnośni autorzy, nie wykraczają poza obręb luźnych hipotez.

Chory nasz krótko jeszcze tylko przebywał na oddziale tak, że na tem musieliśmy cykl naszych badań zakończyć; wypisał się on z rozpoznaniem hipoglikemji samoistnej, której mechanizm powstania tylko w przybliżeniu daje się odcyfrować.

Biorąc pod uwagę wszystkie możliwości patogenetyczne, jakie podaliśmy w części pierwszej, musimy odrzucić kolejno, jako sprawę podstawową:

1) Schorzenie wątroby ze względu na brak wszelkich ku temu danych, zarówno w wywiadach jak i w stanie obecnym chorego. Krzywa obarczenia glukozą w pierwszej godzinie (patrz tabl. I i II) wypadła całkiem prawidłowo. Również brak jest jakichkolwiek danych, przemawiających za przewlekłem cierpieniem przewodu pokarmowego.

2) Niedomogę przysadki z tych samych względów.

3) Niedomogę gruczołu tarczowego, gdyż niektóre objawy raczej przemawiały za pewną jego nadczynnością w postaci występujących chwilami objawów Graefe'go i Moebius'a oraz wzmożonej przemiany podstawowej. (+ 62,8% i + 48%).

Przez wyłączenie więc dochodzimy do wniosku, iż mamy tu prawdopodobnie do czynienia z nadczynnością wysepek Langerhans'a. Czy nadczynność aparatu wysepkowego trzustki była tu wywołana jakiemiś zmianami nowotworowemi, jak w przypadku Wilder'a, Allan'a, Power'a i Robertson'a, czy przerostem wysepek jak u Philipps'a, czy też wreszcie nie miała żadnego podłoża anatomicznego, co do tego trudno jest stanowczo się wypowiedzieć. Przeciwko istnieniu nowotworu mogły wpraw-

dzie przemawiać: brak przy badaniu jakichkolwiek zmian w jamie brzusznej oraz brak charłactwa, jasnem jest jednak, iż rozstrzygnięcie ostateczne mogłaby tu dać tylko pankreatomja próbna, do czego chorego nie namawialiśmy.

Wnioski.

Spostrzeżenia, poczynione u naszego chorego, oraz analiza danych z piśmiennictwa nasunęły nam kilka wniosków godnych podkreślenia:

1) Należy ściśle odróżniać pojęcia: a) niedocukrzenia krwi — hipoglikemji, b) zespołu niedocukrzenia krwi — zespołu hipoglikemicznego i c) hiperinsulinemji.

a) hipoglikemja jest stanem chemicznym krwi, przy którym zawiera ona ilości cukru gronowego niższe od liczb, uchodzących dotychczas za prawidłowe,

b) zespół hipoglikemiczny jest zespołem charakterystycznych objawów klinicznych, składających się na obraz określonej jednostki chorobowej. Jednostka ta wymaga też zupełnie określonego postępowania leczniczego — podawania cukru względnie węglowodanów, poczem objawy chorobowe niezawodnie ustępują,

c) hiperinsulinemja — jest to stan krwi, przy którym zawiera ona w nadmiarze wydzielinę wewnętrzną trzustki naskutek bądź wzmożonej czynności wysepek Langerhans'a, bądź też wprowadzania z zewnątrz nadmiaru insuliny. Stan ten jest najpewniej bardzo częstą, lecz wcale nie jedyną, ani wyłączną przyczyną istnienia zespołów hipoglikemicznych.

Niektórzy autorzy skłonni są do identyfikowania tych dwu ostatnich pojęć; — sądzimy, iż nie należy tego czynić, gdyż w ten sposób mieszalibyśmy pojęcie jednostki chorobowej z jedną z jej przyczyn powstawania.

2) Wypada podkreślić ponownie rozbieżność między poziomem glikemji a występowaniem objawów klinicznych. Przy poziomach cukru we krwi uchodzących za zbyt niskie, często objawów brak; odwrotnie przy liczbach dość wysokich występują niekiedy objawy dość jaskrawe. Niedostateczne uwzględnianie tych zjawisk może stać się przyczyną błędów rozpoznawczych.

3) Zespół kliniczny hipoglikemiczny symulować może wiele innych jednostek chorobowych, co zawsze należy mieć na uwadze. Przy rozpoznawaniu ataków histerji, padaczki, przy przemijających porażeniach, wreszcie przy stanach śpiączkowych oraz niewyraźnych zaburzeniach psychicznych, należy pamiętać o hipoglikemji, gdy nasuną się choć najmniejsze wątpliwości rozpoznawcze, które przez badanie krwi na zawartość cukru naczczo, po obarczeniu glukozą i w ciągu dnia z wielką dokładnością mogą być wyjaśnione.

Piśmiennictwo:

1) Kraus-Brugsch: Spez. Pathol. u. Therapie. — 2) Mathés: Diagnostyka różniczkowa chorób wewn. — 3) R. Wagner u. J. K. Parnas: Z. f. die ges. exper. Mediz. 1921, t. 25. — 4) Seal Harris: J. Am. Med. Ass. 1924. — 5) P. J. Cammidge: The Lancet 1924, Nr. 20. — 6) Thor Stenström: D. Arch. f. Klin. Mediz. 1926, T. 152. — 7) Tenże: Tamże. — 8) Gougerot et Peyre: Bull. de la S. franc. de Dermat. et de Syphil. 1926, str. 12. — 9) R. M. Wilder: Verh. d. D. Ges. f. inn. Mediz. 1928. — 10) Snapper et van Creveld: Bull. d. l. Soc. Med. H. P. 1928. Nr. 26. — 11) G. Laroche, Lelourdy et Buissiere: B. S. M. H. P. 1928, str. 375. — 12) Wohlwill: Klin. Woch. 1928. Nr. 8. — 13) Howland, Campbell, Maltby, Robinson: J. of the Am. Med. Ass. 1929. Nr. 9. — 14) Merklen, Wolff, Adnot: B. S. M. H. P. 1929. Nr. 3. — 15) Krause: Kl. W. 1930. Nr. 50. — 16) J. Wilder: D. Ztschr. f. Neurol. 1930, str. 112. — 17) O. Roth: Med. Kl. 1930, Nr. 48. — 18) J. Mouzon: Presse Méd. 1930, str. 1157. — 19) Reinwein: D. M. W. 1931. Nr. 14. — 20) Arthur W. Philipps: Journ. of the Am. Med. Ass. 1931. Nr. 15. — 21) Archie D. Carr, Parker, Grove, Fisher, Larimore: J. of. t. A. M. Ass. 1931/17. — 22) M. Labbé: B. S. M. H. P. 1931. Nr. 22. — 23) J. Węgierko: Polsk. Arch. Med. Wewn. 1932. — 24) H. Frank: D. Arch. f. Kl. Med. 1931. T. 171. — 25) Cammidge: The British Med. Journ. 1930. — 26) Rabinovitch and Barden: Am. Journ. of Med. Sc. 1932. October. — 27) Labbé, Boulin et Petresco: Pr. Méd. 1932. 45. — 28) Labbé, Brulé et Lenegre: Bull. Soc. Med. Hop. Par. 1932.

Dr. Jan MIODOŃSKI, asystent kliniki. Kraków.

O sposobie wlewań kropelkowych dożylnych.

Z kliniki otorino-lar. U. J.
Dyrektor: Prof. Dr. A. Baurowicz.

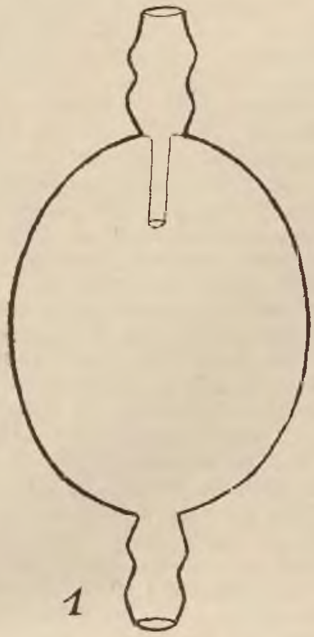
Dożylne wlewanie kropelkowe znajduje we wielu działach medycyny zastosowanie, szczególniej działy operacyjne posługują się często tym zabiegiem. Nie mam tu zamiaru roztrząsać dodatnich względnie i ujemnych cech tego zabiegu, oraz zakresu wskazań, jaki dla wlewań kropelkowych bywa wybierany. Chcę tu jedynie mówić o tej trosce, jaka się łączy ze stosowaniem wlewań kropelkowych, a mianowicie, o dokładnym wypełnieniu cieczą całego systemu, o doszczętnem usuwaniu powietrza. Sprawę usuwania powietrza z systemu doprowadzającego ciecz do żyły komplikuje wydatnie kroplomierz, który włączony jest w dren doprowadzający. Chcę tutaj właśnie omówić sposób, w jaki można uniknąć łatwo wielu trudności z wypełnianiem przyrządu do wlewań kropelkowych dożylnych. Podany niżej sposób nasunął mi się przed kilku laty, kiedy to rozważaliśmy z kol. T. Guschlbauerem, jakby cały zabieg zakładania wlewania kropelkowego uczynić krótszym i prostszym.

Kto posługuje się kulą Martina lub jej odmianami, wie dobrze, że do łapania pewnej ilości powietrza w kroplomierzu a zarazem dokładnego wypełnienia cieczą drenu odprowadzającego ciecz z kuli trzeba pewnej zręczności i wprawy, oraz stosunkowo sporo czasu, nim się upewnimy, że wszystko jest w porządku.

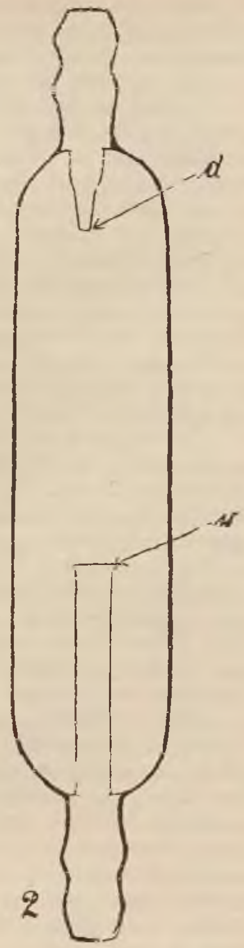
Zasada kroplomierza (Rys. 1) do wlewań dożylnych jest taka, że słup cieczy wypływającej ze zbiornika jest w pewnym miejscu przerwany i nim ciecz popłynie dalej, przebyć musi w naczyniu szklanem warstwę powietrza. Dzięki temu urządzeniu możemy policzyć ilość kropel przebywających w jednostce czasu przez kroplomierz i co za tem idzie ilość kropel wpływających w jednostce czasu do żyły. Zaciskiem umieszczonym na drenie doprowadzającym ciecz do kroplomierza możemy regulować dowolnie szybkość wypływu kropel. Obok baniek szklanych, które pozwalają spostrzegać szybkość przepływu, podawano i bardziej zawiłe urządzenia, jak wiatraczkowe, względnie turbinowe i t. p.

Nie wdając się już w dokładniejsze omawianie trudności technicznych, połączonych z używaniem kroplomierzy szczelnie zamkniętych, gdyż znane są one dobrze każdemu, kto wlewania kropelkowe dożylnie stosuje, przystąpię wprost do opisu tego sposobu, jaki wypracowałem.

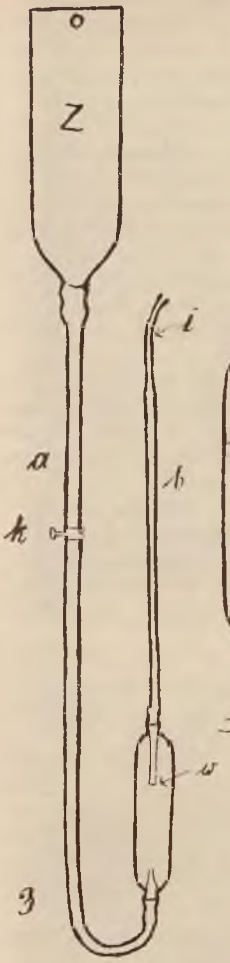
Istotna odmianę stanowi budowa kroplomierza, która pozwala szybko, pewnie i łatwo pozbyć się powietrza z węża gumowego. Kroplomierz ten (Rys. 2), różni się w swej istocie od kuli Martina tem, że naprzeciw rurki dopływowej *(d)* zaopatrzony jest rurką wypływową *(w)* wystarczającą do światła bańki. Postępowanie jest takie: po wyjałowieniu całego przyrządu, przyczem nie potrzeba uważać, by woda z węża nie wylała się, ustawiamy przyrząd jak na rysunku 3-cim. Od zbiornika *(z)* odchodzi wdół wąż *(a)*, który pod koniec odgina się ku górze. Ramię węża *b*, na którem umieszczona jest igła oraz kroplomierz, zdąża prosto ku górze, przyczem koniec igły *(i)* leży niżej poziomu cieczy zawartej w zbiorniku *z*. Ustawiwszy przyrząd w opisany sposób zakręcamy zupełnie zacisk *(k)* znajdujący się na wężu *a* i napełniamy zbiornik. Następnie odkręcamy ostrożnie zacisk *(k)* tak, by przez rurkę *d* zaczął dopływać do kroplomierza słaby strumień cieczy. Po chwili ciecz wypełni kroplomierz po poziom rurki wypływowej *(w)*, powietrze zaś znajdujące się powyżej tego poziomu zostaje w kroplomierzu uwięzione. W tym momencie dobrze jest przechylić kroplomierz lekko na bok i przywrócić mu zaraz poprzednie, ściśle pionowe ułożenie. Przez ten zabieg uzyskujemy to, że wypuszczamy odrobinę powietrza uwięzionego w kroplomierzu, a ujście rurki *w* zanurzy się nieco pod zwierciadło cieczy. Teraz trącając palcami lekko po wężu *b* czekamy przez chwilę aż ciecz zacznie wypływać przez igłę. Wypuściwszy w ten sposób jeszcze kilkadziesiąt cm^3 cieczy, odchylamy igłę na bok (Rys. 4) i zaciskamy zacisk *k* tak, by wypływ wynosił kilkanaście kropel na jedną minutę. Uzyskawszy to, odwracamy kroplomierz ruchem średnio szybkim — bynajmniej nie nagłym — o 180° (Rys. 5.). Obecnie powietrze uwięzione dookoła rurki *w* przechodzi do góry i zajmuje część bańki kroplomierza dookoła rurki *d*. Ponieważ rurka *w* jest dłuższa niż rurka *d*, więc też poziom cieczy nie dosięga do rurki *d*. Tak uzyskujemy warstwę powietrza, poprzez którą przejść muszą krople wypływające z rurki *d*, co daje nam możność oglądania przepływu. W tej sytuacji wyregulowawszy raz jeszcze szybkość wypływu, możemy igłę umocować w żyle. Przy sposobie, jaki powyżej podałem, odpada nam „łapanie powietrza" w bańce, gdyż kroplomierz sam (mimo że jest bezwzględnie szczelny) więzi stale tę samą ilość powietrza. W czasie wypełniania węża *b* mamy warunki jak najkorzystniejsze, gdyż cały kroplomierz (ustawiony



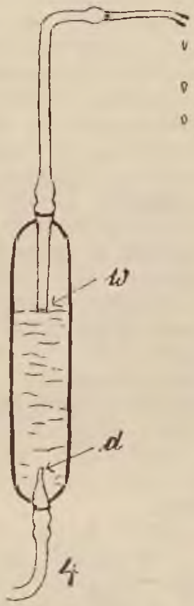
1



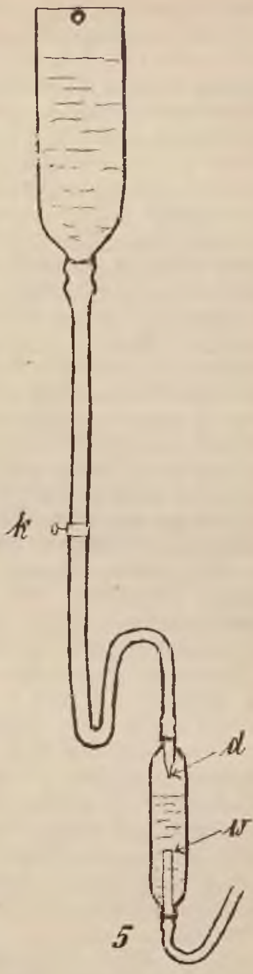
2



3



4



5

wtedy „do góry nogami") oraz odchodzący od kroplomierza wąż biegną pionowo do góry. przez co strumień wody podchodzący ku górze ma wszelkie warunki, by wyrzucić doszczętnie powietrze z drenu *b* oraz z igły. Węże powinny być dosyć szerokie, by czynniki lepkości, tarcia, napięć powierzchniowych i t. d. nie wpływały szkodliwie.

Opisanym kroplomierzem posługiwaliśmy się z kol. Guschlbauerem wielokrotnie i mieliśmy sposobność przekonać się o niezmiernej prostocie tego postępowania. Przeprowadziliśmy też z początku pewne badanie kontrolne nad dokładnością wyrzucania powietrza, a to w ten sposób, że przed igłę włączaliśmy bańkę szklaną, do której musiałoby wejść i w niej pozostać powietrze pierwej, nimby mogło dostać się do igły. Okazało się, że potrzeba wiele nieudolności i niedbalstwa przy całem opisanem postępowaniu, by w bańce kontrolnej pojawiło się powietrze.

Opisany model kroplomierza wykonuje firma Drobner w Krakowie.

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

Dr. Stefan Łukasz KWIATKOWSKI, Adjunkt kliniki. Lwów.

Wrażenia z zagranicznych klinik i szpitali.
(Paryż, Strassburg, Londyn).

Z Kliniki dermatologicznej U. J. K. we Lwowie.
Dyr.: Prof. Dr. J. Lenartowicz.

1. Paryż.

Szpitale paryskie robią takie samo wrażenie na obcym, jak sam Paryż: przyjeżdża się w oczekiwaniu cudów, czegoś nadzwyczajnego, wspaniałego, a tymczasem — pierwsze dni mijają w zdumieniu. Więc to ma być Paryż, metropolja świata, *„où devait battre le coeur du monde"*? Brudny, zgiełkliwy, czarny — to ma być *„la ville - lumière"*? Jest się zniechęconym, rozczarowanym. Lecz z biegiem dni poznaje się to miasto, „odkrywa" cudowne wprost rzeczy. A po upływie tygodni musi się Paryż pokochać, musi się przyznać, że ma on czar, jak chyba żadne inne miasto na świecie.

To samo jest ze szpitalami paryskiemi. Kiedy po raz pierwszy wszedłem w labirynt pawilonów szpitala św. Ludwika, byłem na pierwszej wizycie na salach chorych, przyglądnąłem się głównemu ambulatorjum — nie taję, że miałem zamiar wyjechać jak najprędzej. Więc to miał być ten słynny *Hôp. St. Louis*, kolebka syfilidologji, w którym tworzyła się nowoczesna dermatologja, skąd wyszedł wielki Fournier, Alibert, Devergie, Brocq, Besnier, żyjący dziś Darier, Sabouraud, Gougerot, Pautrier oraz tylu innych dermatologów o słynnych nazwiskach?

Lecz po pewnym czasie rozczarowanie minęło. A minęło wtedy, kiedy zrozumiałem, że w odniesieniu do Francji i Francuzów nie można stosować kryterjów, jakiemi mierzymy ludzi, miasta, instytucje i naukę: u nas, w Austrji, w Niemczech i innych krajach. Tam nie można szukać formy, bo jest ona bardzo mizerna. Prześliczne pałacyki przy ulicy de Grenelle lub de Varenne są nazewnątrz szare i niczem nie zdradzają piękna, jakie kryją. Szpitale paryskie to nie luksusowe budowle. Są smutne i szare, często nawet prymitywnie urządzone. Lecz nie to jest lecznictwo, nie to jest medycyna francuska: stanowi ją nie lśniąca biel sal chorych, nie — wytworne i wygodne separatki, błyszczące sale operacyjne! Stanowi ją wielka myśl francuska, *l'idée, l'esprit* francuskie. Z szarych budynków szpitala św. Ludwika wyszły niepospolite odkrycia, znakomite spostrzeżenia kliniczne i laboratoryjne, wyszło tylu wielkich dermatologów. Wyszła wspaniała i lotna myśl francuska....

Chcę rzucić garść spostrzeżeń ze swego 6-miesięcznego pobytu zagranicą, lecz nie chciałbym przeznaczać ich wyłącznie dla dermatologów. Dlatego pomijam mnóstwo szczegółów niewątpliwie bardzo ciekawych i cennych, lecz mogących zainteresować jedynie Kolegów mego działu. Wybieram przeto te, które zaciekawiają ogół lekarzy; poza tem sprawozdanie moje nie może być zbyt rozwlekłe.

a) Szpital św. Ludwika.

Kilka jest szpitali paryskich, mających oddziały dermatologiczne. Lecz najważniejszym i największym, to wspomniany już szpital św. Ludwika. Jest to budowla stara, której wiek mierzy się już na stulecia. Architektonicznie niewątpliwie bardzo ciekawy i cenny zabytek, lecz zupełnie nie odpowiada wymogom nowoczesnego szpitalnictwa. Nawet liczne i ciągle przeprowadzane adaptacje niewiele pomogą. Mury kamienne, grube, sale olbrzymie, okna staroświeckie. Jest tam szereg pawilonów, dobudówek, sklepień — jednem słowem całość przypomina nieco stare zamczysko lub średniowieczną rezydencję magnacką.

Szpital obejmuje kilka oddziałów: dla chorób dziecięcych, urologji, światłolecznictwa, lecz największy (około 500 łóżek) dla chorób skórnych i kiły. Oddział ten dzieli się na 6 mniejszych, administracyjnie ze sobą związanych, poza tem jednak zupełnie od siebie niezależnych. Jeden z nich jest równocześnie kliniką uniwersytetu paryskiego, a szefem jego jest Prof. Gougerot. Na czele innych stoją t. zw. *„médecins des hôpitaux"*, co odpowiada naszym prymarjatom. Co mnie uderzyło — zresztą we wszystkich szpitalach francuskich — to ogromna ilość lekarzy a zwłaszcza personalu pomocniczego. Nawiasem wspomnę, że lekarze są naogół dość uprzejmi, niektórzy nawet bardzo uczynni dla kolegów obcych.

Poza tem przy szpitalu urządzona jest pracownia bakterjologiczna miasta Paryża, o tyle słynna, że kierownikiem jej był Sabouraud. Właśnie w tej pracowni przeprowadzał on głośne swe badania nad chorobami grzybkowemi skóry.

Obsadzanie stanowisk lekarskich w szpitalach francuskich odbywa się w sposób zupełnie odmienny od naszego. Najniższem stanowiskiem w hierarchji szpitalnej jest t. zw. *„externat"*, który bywa obsadzany drogą konkursu. Dopuszczani są do niego studenci, którzy ukończyli przynajmniej 1 rok medycyny. Przed komisją, złożoną z szefów oddziałów szpitalnych odbywa się egzamin pisemny, anonimowy: Na każde z 15 pytań odpowiada kandydat pisemnie podpisują się szyfrą, wyniki obliczane są punktami. Przechodzi oznaczona ilość kandydatów o największej ilości punktów i dopiero wtedy dowiaduje się komisja o nazwiskach wszystkich uczestników konkursu.

„Eksternem" można być najwyżej 4 lata. W tym czasie przechodzi „ekstern" co roku na inny oddział szpitalny, kontynuując oczywiście studja uniwersyteckie; za pracę swoją jest wynagradzany bardzo skromnie (8 fr za półtorej godziny pracy).

Drugim szczeblem jest t. zw. *„internat"*, obsadzany również drogą konkursu. Kandydat musi mieć ukończone 3 lata medycyny i przynajmniej 18-miesięczną praktykę w szpitalu, jako ekstern. Egzaminy są znacznie trudniejsze, tym razem nietylko pisemne, ale i ustne. Wynagrodzenie „interna" jest o wiele lepsze: otrzymuje w szpitalu całkowite utrzymanie i mieszkanie, oraz około 300 fr miesięcznie.

„Internat" może trwać najwyżej 4 lata, jednakże wygasa automatycznie z chwilą otrzymania dyplomu lekarskiego.

Wreszcie najwyższym stopniem w hierarchji szpitalnej jest stopień szefa oddziału, t. zw. *„médecin des hôpitaux"*, które to stanowisko bywa obsadzane również drogą konkursu i jest grupowe. A więc np. grupa medycyny ogólnej *(médecins des hôpitaux)* obejmuje: medycynę wewnętrzną, choroby dziecięce, neurologję, dermatologję; chirurgiczna: *(chirurgiens des hôpitaux)*: chirurgję, ortopedję i urologję i t. d. O ile kandydat przejdzie przez konkurs, zdawszy odpowiedni, bardzo trudny egzamin, zostaje umieszczony na liście danej grupy i czeka na opróżnienie jakiegoś prymarjatu. Tymczasem pracuje w szpitalu bezpłatnie. Skoro zwolnione zostanie jakieś stanowisko szefa oddziału szpitalnego, zostaje na nie powołany najbliższy z listy danej grupy, choćby nie był specjalistą obsadzanego działu. I tak np. Prof. nadzwyczajny *(agregé)* Sézary, szef jednego z oddziału skórnych w szpitalu św. Ludwika był 10 lat neurologiem, świeżo mianowany Touraine był internistą i t. d. Ma to — jak wszystko na świecie — swoje ujemne, ale niewątpliwie i dodatnie strony: pedjatra jest doskonałym internistą, urolog chirurgiem i t. d. Naogół mogłem stwierdzić, że prawie każdy lekarz-specjalista francuski jest przedewszystkiem dobrym internistą. Nie ulega wątpliwości, że ma to duże zalety.

I to mogłem stwierdzić, że każdy lekarz francuski jest dobrze przygotowany do swego zawodu przedewszystkiem pod względem praktycznym. Zasługa to systemu studjów lekarskich, w których na przygotowanie to kładzie się duży nacisk. Studja lekarskie trwają we Francji 5 lat, oprócz jednego roku przygotowawczego t. zw. P. C. N. *(Physique, Chimie, Science naturelle)*. Już od 1-go roku właściwych studjów począwszy każdy student jest obowiązany odbywać t. zw. *„stage"*, t. j. praktykę w klinikach lub szpitalach. Czas tej przymusowej praktyki jest dla każdego działu klinicznego medycyny ściśle określony i wynosi np. dla dermatologji 2 miesiące, dla medycyny wewnętrznej 1½ roku i t. d. *„Stagier"* robi wszystko: historje choroby, badania kliniczne i dodatkowe, wykonywa mniejsze zabiegi, asystuje przy operacjach, musi być obecnym przy wizytach na salach chorych, na lekcjach poliklinicznych, w ambulatorjum i t. d. Aby przygotować przyszłych lekarzy prowincjonalnych ewentualnie kolonjalnych do leczenia chorób wenerycznych, głównie kiły — muszą studenci po swej praktyce na oddziałach syfilidologji zdawać krótki teoretyczny i praktyczny egzamin, oczywiście niezależnie od egzaminu uniwersyteckiego z zakresu dermato- i syfilidologji. Student, odbywający swą *„stage"* musi pracować na danym oddziele większą część dnia, ma więc sposobność nauczyć się naprawdę wielu rzeczy praktycznych.

Nawiasem wspomnę, że podobnie jak obecnie w Polsce, stopień doktora medycyny otrzymuje się dopiero na podstawie pracy t. zw. *thèse*, które często przedstawiają dużą wartość naukową.

Ale wracam do szpitala św. Ludwika. Otóż przy istnieniu 6 niezależnych od siebie oddziałów, leczących wedle własnych metod, z których każdy stanowi niejako osobną „szkołę" dermato- i syfilidologji, a związanych ze sobą tylko administracyjnie — rozdział chorych na każdy oddział jest bardzo prosto przeprowadzony dzięki istnieniu jednego, wspólnego ambulatorjum. To ambulatorjum główne, t. zw. *„Consultation de la porte"* jest chyba unikatem w swoim rodzaju. Załatwia je codziennie inny oddział, szef i lekarze młodsi, t. j. interni i eksterni. A więc w poniedziałki prowadzi je oddział Dra Miliana, wtorki Dra Louste'a i t. d. Chorzy w ten dzień przyjęci należą już tylko do danego oddziału i tam się potem leczą, czyto na jego oddziele stałym, czy też w przychodni oddziałowej. Przy następnych zgłoszeniach omijają już główne ambulatorjum i udają się wprost na dany oddział.

Zadziwiającą w swej prymitywności jest owa *„Consultation de la porte"*: poczekalnia ogromna, z ławkami jak w szkole, odpowiednio ponura. W sali przyjęcia, mającej nienadzwyczajne oświetlenie, niedostatecznie wielkiej, źle przewietrzanej lecz dobrze opalonej (radjatory wszędzie od podłóg) — ustawionych jest kilka zwykłych stołów z kilkoma najkonieczniejszemi przyrządami do badania, z tradycyjnym spirytusem kamforowym do desynfekcji rąk i z poukładanemi, drukowanemi receptami: na pastę cynkową, płyn Aliboura, ulubiony jodalkohol i t. d. Dużego ich wyboru niema. Na każdej recepcie podany jest sposób użycia ewentualnie i zachowania się chorego (wyprysk, trądzik). Lek otrzymuje chory w aptece szpitalnej; bezpłatnie, jeśli ma prawo do korzystania z „Opieki Społecznej". Kas Chorych we Francji — w naszem tego słowa znaczeniu — niema. Istnieje tylko wspomniana „Opieka Społeczna" *(L'Assistance publique)* ta sama, która utrzymuje wszystkie większe szpitale. Ubezpieczeni mają prawo do bezpłatnego korzystania z tych szpitali, czyto z ich przychodni czy też z oddziałów stałych. Ponadto mogą oni korzystać z leczenia u lekarzy prywatnych, muszą jednakże sami pokryć połowę honorarjów lekarskich, wedle ustalonej, dość wysokiej taksy. We Francji niema tego rozdziału lecznictwa publicznego, co u nas: osobno instytucje kas chorych, osobno szpitale a osobno kliniki uniwersyteckie. Te ostatnie są we Francji także oddziałami szpitalnemi, z tą tylko różnicą, że szefami ich są profesorowie wydziału lekarskiego, którzy są równocześnie i prymarjuszami szpitalnymi *(médecins des hôpitaux)*. Co do kas chorych, to jedynie w odzyskanych prowincjach Alzacji i Lotaryngji istnieją one jako osobne instytucje ze swoimi lekarzami, zorganizowane w sposób podobny do naszych kas chorych na terenie województw zachodnich. Jest to oczywiście spuścizna po zaborze niemieckim. Natomiast w pozostałych departamentach i w Paryżu ubezpieczony otrzymuje bezpłatne leczenie ale tylko w już istniejących instytucjach Opieki Społecznej; niema ani specjalnych przychodni ani szpitali czy sanatorjów Kas Chorych.

Lecz nawiązuję do *„Consultation de la porte"*. Otóż ordynuje równocześnie kilku lekarzy. Chorzy już rozebrani w szatni przesuwają się długim szeregiem, a specjalna sanitarjuszka skierowuje ich do poszczególnych ordynatorów, dzięki czemu konsultacja odbywa się bardzo szybko. Jeśli przypadek jest trudniejszy, zamawia się go do przychodni oddziałowej. Jeśli pospolity — podpisanie gotowej recepty, wetknięcie jej w rękę chorego, często oszołomionego tym pośpiechem, co najwyżej kilka dodatkowych słów objaśnienia (reszta objaśnień drukowana na recepcie) i — *„le suivant"*. Świerzb bywa leczony na osobnym oddziele szpitalnym: kąpiel, wtarcie maści, poczem chory idzie do domu.

Ordynacja odbywa się bardzo szybko, choć ilość chorych jest ogromna i wynosi 100, 200 i więcej dziennie! Najpierw są badane dzieci, potem kobiety, wreszcie mężczyźni. Tylko niektórzy starsi lekarze i szefowie oddziałów omawiają poszczególne przypadki, dzięki czemu stoły ich oblegane są przez *„stagier'ów"*, lekarzy z miasta i zagranicznych. Wogóle przyjść może każdy lekarz i student, nikomu nie zgłasza się swej obecności. O miejsce trzeba walczyć, z trudem można się docisnąć. Podziwiałem lekarzy ordynujących, zaś chorych badanych w tych warunkach...

W tem ambulatorjum głównem widzi się niezwykle wiele, ale korzysta stosunkowo niedużo: zbyt wielu asystujących lekarzy, zbyt wielki pośpiech. Wkrótce też zrezygnowałem z *„Consultation de la porte"* i asystowałem przy niem tylko w poniedziałki: prowadził je w tym dniu Milian, który chętnie uczył i dużo wykładał, zaś ilość chorych po niedzieli była specjalnie bardzo duża. Poza tem jednak stwierdziłem, że lepiej jest bywać w przychodniach oddziałowych, a w szczególności na t. zw. *„leçons policliniques"*. Każdy szef oddziału urządza je 2 razy tygodniowo na swoim oddziele i wówczas omawia szczegółowo te wszystkie przypadki, które wyłowił jako ciekawsze w dniu swego ambulatorjum

głównego. Te wykłady praktyczne są nieraz znakomite, często rozwija się dyskusja, można się o wiele szczegółów zapytać i otrzymuje naogół wyczerpujące odpowiedzi, nieraz w postaci prawdziwych wykładów. A że przypadki są bardzo ciekawe i jest ich dużo, odnosi się w diagnostyce różniczkowej korzyść ogromną.

Poszczególne oddziały niejako specjalizują się w najrozmaitszych zagadnieniach, zajmując się pewnemi grupami schorzeń. I tak u Gougerot'a widzi się mnóstwo chorób egzotycznych (trąd w najrozmaitszych postaciach, z zasady u kolorowych, pochodzących z kolonij francuskich, filarjozę z wprost niewiarogodną nieraz słoniowatością kończyn dolnych i t. d.); u Milian'a kiłę, której zresztą ten bardzo chętnie i niemal wszędzie się dopatruje; u Ravaut'a — *Lymphogranuloma inguinale* (schorzenie weneryczne, niedawno opisane przez autorów francuskich Nicolas-Favre'a. Polega ono na ropieniu, przeważnie wieloogniskowem, gruczołów chłonnych pachwinowych oraz na obecności owrzodzeń na częściach płciowych, czasem o charakterze bardzo przewlekłym). Ravaut zajmuje się też specjalnie elektrokoagulacją, zastosowując ją może aż nadto wszechstronnie: leczy nią nowotwory, znamiona (bardzo ładne wyniki przy naczyniakach u dzieci), gruźlicę skóry w najrozmaitszych jej postaciach, ropiejące gruczoły przy wrzodzie miękkim i t. d. Stale też stosuje przy tych zabiegach krótką narkozę chloretylową. Louste zajmuje się specjalnie chorobami skóry owłosionej. W jego sobotniej przychodni oddziałowej i na połączonym z tem — jak wszędzie — wykładzie poliklinicznym widzieć można całą kolekcję, dochodzącą 100 a nieraz i 150 chorych: najrozmaitsze typy łysienia, łojotoku, zmiany kiłowe, gruźlicze, najróżnorodniejsze choroby grzybkowe i wywołane bakterjami ropnemi — istny zbiór. Na oddział Sézary'ego przychodzi w niektóre wtorki słynny Darier i prowadzi sam poliklinikę. Jego zjawienie się elektryzuje wszystkich w szpitalu św. Ludwika, nieraz trudno o miejsce. Zadziwiającem jest, ile o każdym najpospolitszym przypadku potrafi Darier powiedzieć, ile zrobi ciekawych spostrzeżeń, na ile szczegółów zwróci uwagę. Mogłem zauważyć, z jaką czcią odnoszą się wszyscy — zarówno lekarze miejscowi jak i zagraniczni — do niego i do Sabouraud'a. Ten ostatni wycofał się już ze szpitala św. Ludwika, w którym dokonał tylu słynnych odkryć. Czasem jednak miewa wykłady i wtedy sala jest pełna. Przedziwnie miłe wrażenie robi ten starzec o twarzy dobrodusznej i pogodnej. Miałem sposobność poznać go osobiście w Strassburgu, dokąd został zaproszony na wygłoszenie inauguracyjnego wykładu na tamtejszej klinice dermatologicznej. Słuchać go można godzinami. Sabouraud niejako rozmawia ze słuchaczem, wchodzi z nim w bezpośrednią styczność duchową, a jest przytem tak prosty, tak swobodny, że nie dziwiłem się potem, widząc tłumy słuchaczy na jego wykładach. Doskonale go scharakteryzował Prof. Lenartowicz w swej ocenie najnowszego dzieła Sabouraud'a p. t.: *„Diagnostic et traitement des maladies du cuir chevelu"*: „.... Nie postarzał się — mówi Lenartowicz — mimo dorzuconych lat 10, niezrównany *„causeur"* z *„Entretiens dermatologiques"*, ale też nie ustąpił na krok od surowego przedstawienia i stanowczego bronienia tych prawd, które ustalił badaniami pracownianemi, a których potwierdzenie lekarz praktyk spotka na każdym niemal kroku. Szczegółowe, barwne i niezwykle sumienne opisy procesów chorobowych umie Sabouraud ożywić zwrotami bezpośredniemi, bądź w stronę chorego bądź w stronę badającego lekarza. Odczuwa i wyczuwa psychikę chorego w sposób przedziwny, uprzedza jego pytania, umie dla niego być w miarę surowym a w miarę wyrozumiałym, uczy lekarza, nietylko jak ma badać, ale jak postępować z chorym, o co i jak pytać, co w wywiadach pominąć pobłażliwie, a do czego szczególnie przywiązać znaczenie, słowem wszędzie i zawsze jest wytrawnym praktykiem, znającym nietylko choroby, które opisuje, ale i chorych, tą lub ową chorobą dotkniętych". (P. G. L. 1932).

Z takimi oto ludźmi i z takim materjałem chorych zetknąłem się w szpitalu św. Ludwika. Przypadków chorobowych widzi się tam naprawdę bardzo wiele, od pospolitego świerzbu do trądu i najrzadszych jednostek chorobowych. Odnosi się więc korzyść ogromną, jeśli tylko ma się szczęście dostać bliżej wykładowcy i chorego. Bo i przychodniom oddziałowym, choć mają lepsze pomieszczenie, niż osławiona *„Consultation de la porte"*, przecież daleko do tego, by nazwać je wzorowemi: przeważnie zwykłe sale i to niezbyt przestronne, nienajlepiej oświetlone.

Godziny i dnie wykładów poliklinicznych są tak ułożone, że naogół nie kolidują ze sobą. Gougerot np. ma swoją *„leçon policlinique"* 2 razy tygodniowo, raz rano we wtorki, a raz we środy późnym wieczorem od 20.30 do 21.30, a nieraz i do jedenastej w nocy! Jest to wogóle człowiek wprost niezmordowany i mimo podeszłego wieku ogromnie czynny. Poza pracami naukowemi, których ogłasza bardzo wiele, bierze bardzo żywy udział w walce z chorobami wenerycznemi, wygłasza popularne wykłady, jest członkiem „Ligi przeciw niebezpieczeństwu wenerycznemu" i t. d.

Dzięki wspomnianemu rozłożeniu wykładów poliklinicznych można ich słuchać na wszystkich oddziałach, na każdym widzieć inne przypadki chorobowe, słyszeć różnych ludzi często o odmiennych zapatrywaniach na ten sam temat.

Sale szpitalne dla chorych stałych robią smutne wrażenie: w rozmiarach ogromne wydają się zimne i obce, prawdziwie „szpitalne". Na niektórych leży 20—30 chorych! Leczenie chorych odbywa się — jak wspomniałem — zadziwiająco małą ilością i to prymitywnych leków. Ale trzeba przyznać, że to wystarcza. Tradycyjne „recepty szpitala św. Ludwika" są tu oczywiście na porządku dziennym. Dużo też leczą promieniami Roentgena i środkami fizykalnemi, a także — zwłaszcza u Gougerot'a — radem. I znowu wszystkie te aparaty są przeważnie stare i stosunkowo bardzo prymitywne. Pomieszczenie ich — jak cały szpital św. Ludwika — nienadzwyczajne, ciasne, niewygodne. Na oddziele Louste'a jest aparat Roentgena, którego używa się do epilacji od kilkunastu lat. „Wiem — mówił Sabouraud na jednym z pokazów — że jest on już nieco przestarzałego typu; niemniej używamy go, ponieważ leczyliśmy nim i wyleczyliśmy dziesiątki tysięcy chorych, a nigdy nie wywołaliśmy uszkodzenia skóry".

Co czwartku odbywają się w sali wykładowej kliniki wykłady naukowe, zorganizowane przez uniwersytet. Wykładowcami są najznakomitsi uczeni z Paryża i miast prowincjonalnych francuskich, z Belgji, Włoch, Szwajcarji, zapraszani przez Uniwersytet paryski. Temat wybierają sobie sami wykładowcy, z reguły ten, którym w swych badaniach naukowych specjalnie się zajmują. Frekwencja słuchaczy na tych „czwartkowych" wykładach, wygłaszanych oczywiście w języku francuskim — jest ogromna: przychodzą szefowie oddziałów i lekarze oddziałowi szpitala św. Ludwika, i innych szpitali paryskich, lekarze prywatni, niezwiązani ze szpitalami, przyjeżdżają nawet lekarze prowincjonalni. Nie przeszkadza temu fakt, że sama sala wykładowa jest bardzo prymitywnie urządzona i brudna, po ławkach chodzi się, wobec czego każdy nakrywa swoje miejsce gazetą: znowu to, o czem już mówiłem: forma zewnętrzna więcej, niż skromna, ale treść — znakomita.

Szpital św. Ludwika może pochlubić się jedną jeszcze instytucją, jedyną może tego rodzaju na świecie: Muzeum odlewów. Obejmuje ono ponad 4000 eksponatów, z czego większość jest dziełem słynnego Baretty. Mulaże (niemal wyłącznie dermatologiczne, a tylko w znikomej części chirurgiczne) są tak świetnie wykonane, że nie jest przesadą, jeśli powiem, że można się na nich nauczyć rozpoznania! Na podstawie jednego z nich rozpoznałem potem w Londynie schorzenie, którego nigdy przedtem w naturze nie widziałem. Niestety pomieszczenie mulaży — choć luksusowe w porównaniu z innemi oddziałami szpitala św. Ludwika i naogół bardzo dobre i nowoczesne — niezawsze jest szczęśliwe. Duża część oświetlona jest sztucznie i to niedostatecznie tak, że z tych niewiele się korzysta.

Przy muzeum mieści się bardzo bogata bibljoteka i czytelnia, z których mogą korzystać i lekarze zagraniczni.

b) Szpitale urologiczne w Paryżu

mają znacznie lepsze pomieszczenie i urządzenie, niż szpital św. Ludwika. Leczenie rzeżączki we Francji wchodzi nie w zakres wenerologji lecz urologji, stąd zmuszony byłem zapoznać się i z temi szpitalami, a mianowicie z 4 największemi: *Hôp. Cochin* (Prof. agr. Chevassu, *Hôp. Lariboisière* (Prof. agr. Marion, który z końcem grudnia ub. r. przeszedł na emeryturę, a miejsce jego zajął Heitz-Boyer), *Hôp. St. Louis* (Prof. agr. Heitz-Boyer, zaś od stycznia b. r. Dr. Gouverneur) i klinika urologiczna Prof. Legueu'a w *Hôp. Necker*. Szpitale te urządzone są już bardzo dobrze, a nawet jak *Hôp. Necker* i *Cochin* zupełnie nowocześnie. Ale nigdzie nie spotkałem tego zbytku, jaki istnieje w szpitalach niemieckich lub szwajcarskich. Sale chorych są z reguły wielołóżkowe, sale ambulatoryjne ogromne. Np. w szpitalu Cochin w ambulatorjum dla rzeżączki bywa równocześnie załatwianych 8 chorych. Najprymitywniej urządzonym jest oddział urologiczny szpitala św. Ludwika, jednak znacznie lepiej niż oddziały dermatologiczne tego szpitala. Szpitale Cochin i Necker mają ślicznie urządzone sale operacyjne: urządzenia lustrowe i lornetki, rozdawane każdemu przypatrującemu się pozwalają na śledzenie najdrobniejszych ruchów operatora i najmniejszych szczegółów pola operacyjnego. Sama sala operacyjna oddzielona jest od widzów taflą szklaną.

Rzeżączkę leczą przepłókiwaniami metodą Janeta; tylko w przypadkach świeżych polecają choremu wstrzykiwania argy-

rolu[1]) do cewki przedniej zwykłą strzykawką, lecz najwyżej kilka dni, poczem przechodzą do ulubionych *„lavages“* nadmanganianem potasu, wykonywanych w ambulatorjach u niektórych chorych nawet 2 razy dziennie. Można więc sobie wyobrazić, jaki jest ruch w tych ambulatorjach, czynnych z reguły do późnej godziny wieczornej, by wszystkim pracującym umożliwić leczenie. W przypadkach rzeżączki przewlekłej używają z reguły leczenia miejscowego zapomocą elektrolizy lub elektrokoagulacji we wzierniku, przyczem rozmaite szpitale używają różnych metod: np. Legueu używa zarówno do cewki przedniej jak i tylnej tylko wziernika pośredniego, Chevassu i Heitz-Boyer używają do badania i operowania w przednim odcinku cewki wziernika krótkiego. Heitz-Boyer używa z reguły przy uporczywej rzeżączce i nieżytach cewki uretrografji, która daje nieraz doskonałe wyniki, odkrywając kanaliki i uchyłki z gniazdami drobnoustrojów. Umiejscowiwszy w ten sposób dokładnie owe „gniazda oporu“ niszczy je potem elektrycznie. Przeprowadza on często, z powodzeniem, śmiałą swą operację *„évidement“* gruczołu krokowego: stwierdziwszy w nim (zapomocą uretrografji) uchyłki, mające łączność ze światłem cewki, niszczy je doszczętnie drogą iskrowania lub elektrokoagulacji pod kontrolą wziernika Mac-Carthy'ego (przez siebie zmodyfikowanego), „wybierając“ niejako od strony cewki w gruczole krokowym jamy o dużych nieraz rozmiarach. Zabieg jest trudny, wymaga dużej sprawności operatora i musi być wykonywany w znieczuleniu lędźwiowem. Daje jednak bardzo dobre wyniki: radykalne i trwałe wyleczenie rzeżączki względnie sprawy nieżytowej, umiejscowionej w gruczole krokowym, ciągnącej się nieraz latami i wywierającej — jak wiadomo — wpływ na stan ogólny chorego. Miałem sposobność badać kilku takich chorych we wzierniku i przyznaję, że nie mogłem nadziwić się zręczności i śmiałości operatora: wszyscy chorzy stwierdzali, że stan ich po tym radykalnym zabiegu uległ zasadniczej zmianie na korzyść.

Dużo używa się też barwików akrydynowych w postaci wstrzykiwań dożylnych, ale tylko jako leczenia wspomagającego lub przy powikłaniach. Bezwzględnie w działanie gonakryny wierzy jedynie Jaussion i jego współpracownicy.

Największy materjał chorych mają Klinika Guyona i oddział urologiczny szpitala Lariboisière'a. Klinika mieści się w dawnym pałacu Neckera, ojca słynnej Mme de Staël. Na każdym kroku widać tu tradycję francuskiej urologji: w jednej z sal tablica pamiątkowa wspomina, że tutaj Civiale wykonał po raz pierwszy kruszenie kamieni. Obecny prof. Legueu jest następcą jednego z ojców urologji Prof. Guyona. Sam już w podeszłym wieku nietylko, że idzie z duchem czasu, ale i prowadzi w postępie wiedzy. Ostatnio np. stosuje nóż elektryczny.

Uderza w tej klinice świetna organizacja pracy zwłaszcza w przychodni: chory zgłaszający się po raz pierwszy otrzymuje kartę, na której jeden z lekarzy kreśli wywiady, poczem chory przechodzi do następnego lekarza, badającego wyciek z cewki, ewentualnie i mocz. Z tym wynikiem zgłasza się chory do ordynującego lekarza. Ten albo natychmiast stawia rozpoznanie, albo skierowuje chorego do dalszych badań (cystoskopja, Roentgen i t. d.). Leczenie odbywa się w myśl wskazówek prowadzącego ambulatorjum, lecz osobno, przez młodszych lekarzy. Tylko w pewnych, zgóry przypisanych okresach zgłasza się chory do prowadzącego przychodnię, a ten udziela dalszych wskazówek co do leczenia. Przy takiej organizacji pracy ambulatorjum bywa załatwiane w przeciągu półtorej do 2 godzin, mimo że ilość chorych wynosi 200 i więcej osób dziennie.

Chorych leżących na oddziele jest około 250. Profesor operuje tylko 3 razy tygodniowo, lecz w dniach tych ma tak wiele pracy, że operuje na 2 salach: po ukończeniu jednego zabiegu profesor wchodzi do drugiej sali operacyjnej, gdzie następny chory leży już uśpiony względnie znieczulony. Następna operacja znów w poprzedniej sali i t. d. Wszystkie narkozy odbywają się przy użyciu maski Ombrédanne'a i przeważnie mieszanką Schleicha.

Pozostałe 3 dni w tygodniu poświęcone są wykładom, badaniom, wizytom na salach chorych i t. d.

Szpital Lariboisière: Jest to ogromny kompleks budynków, położonych w pobliżu dworca wschodniego. Oddział urologiczny tego szpitala prowadził do grudnia 1931 Prof. agr. Marion, człowiek dowcipny i wesoły, swem obejściem wszystkich ujmujący. Jest to świetny operator i pedagog, a przytem ogromnie pracowity. Operował dwa razy w tygodniu, dwa razy odbywał wizyty na salach chorych, przy których nieraz sam dyktował historje choroby. Przy bardziej zajmujących przypadkach miewał często krótkie, lecz świetne wykłady. Wreszcie dwa razy w tygodniu sam przyjmował chorych w przychodni, wykonywał wziernikowania, poczem znowu miewał jednogodzinny wykład dla lekarzy szpitalnych. Wykłady te dla ich tematów zawsze bardzo zajmujących, przejrzystości i znakomitej swady wykładowcy ściągały mnóstwo słuchaczy tak, że już rano trzeba było założyć sobie miejsce.

Od końca grudnia 1931 objął ten oddział Prof. agr. Heitz-Boyer. Nie mogła *l'Assistance Publique* mianować świetniejszego i godniejszego następcy Mariona. Heitz-Boyer, znakomity operator i pedagog, również bardzo wiele czasu poświęca nauczaniu. Bywałem często na jego wizytach na salach chorych: są to formalne wykłady i dyskusje, toczone przy łóżku chorego. Najmłodszy lekarz, a nawet „ekstern“ mógł o wszystko zapytać, a zawsze otrzymywał odpowiedź tak obszerną i wyczerpującą, że równała się ona prawdziwemu wykładowi.

Wogóle muszę podkreślić fakt, że szefowie paryskich oddziałów urologicznych są niezwykle uprzejmi i przystępni. Nie mogłem nieraz im się nadziwić: ile trudu i oddania się wkładają w swoje wykłady, pokazy chorych, dyskusje, jak chętnie odpowiadają na wszelkie pytania, ile czasu i dobrej woli poświęcają nauczaniu. Kiedy kilku z nas zainteresowało się uretro- i pyelografją, Chevassu zademonstrował nam dziesiątki chorych i zdjęć rentgenologicznych. Heitz-Boyer osobiście uczył operować we wzierniku, a dla interesujących się sprawą *„évidement“* gruczołu krokowego zamawiał specjalnie chorych metodą tą wyleczonych i każdy z nas mógł we wzierniku oglądać wynik zabiegu. Staruszek Janet, dziś już na emeryturze — nieraz przychodził na dawny swój oddział w szpitalu św. Ludwika, by wykładać! Kolega M. Damański, który zajmował się urologją operacyjną, opowiadał mi, że Marion i Legueu sami zmieniali opatrunki w czasie wizyty na salach chorych. Jest wprost zdumiewającym zapał, z jakim ci ludzie pracują i nauczają.

Dok. nast.

[1]) Wprowadził go w 1908 r. Janet dla poronnego leczenia rzeżączki.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.
Piśmiennictwo polskie.

Zagadnienia Rasy. Nr. 2—3. 1932. K. Pelczar: Zagadnienie dziedziczności w patologji człowieka. — J. Wilczyński: Mendelizm a przyszłość ludzkości. — S. Tylbor: Prawo małżeńskie Rosji Sowieckiej. — K. Fleszyński: Zagadnienia eugeniczne a nowy kodeks karny. — W. Morawski: Poradnictwo przedślubne w związku z klasyfikacją jednostek na mniej i więcej wartościowych. — S. Kuligowska: Bezpłodność kobieca i jej przyczyny.

Polski Przegląd Chirurgiczny. Nr. 6. 1932. L. Dengel: Dwa przypadki guza rdzenia operowane z wynikiem dodatnim. — Z. Dziembowski: Nerka to bielowata stale przemieszczona. — E. Michałowski: W sprawie przemieszczania podskórnego płatów u ścian przewodu pokarmowego. — R. Lachs: Zwapnienie gruczołów chłonnych jamy brzusznej jako źródło możliwych pomyłek w rozpoznawaniu kamicy narządu moczowego.

Gastrologja Polska. Nr. 2. 1932. A. Freyd: Choroba tęgoryjcowa.

Kronika Dentystyczna. Nr. 6. 1932. F. Rutkowski: Obserwacje kliniczne nad działaniem allonalu Roche w zabiegach stomatologiczych.

Lekarz Polski. Nr. 11. 1932. W. Grzywo-Dąbrowski: Polski Kodeks Karny — uwagi lekarza sądowego. — F. Nowak: Stan służby zdrowia w Polsce w dobie obecnej.

Lekarz Polski. Nr. 12. 1932. M. Franke: Dusznica bolesna, jej patogeneza, rozpoznanie i leczenie. — J. Muszyński: Krótki zarys dziejów nauk farmaceutycznych w Polsce. — B. Olszewski: O zasadach chemji toksykologicznej. — S. Krupiński: Służba farmaceutyczna w wojsku polskiem.

Lekarz Polski. Nr. 2. 1933. W. Chodźko: Zadania lekarza domowego w dziedzinie psychjatrji. — H. Kłuszyński: Współczesne prądy w medycynie. — E. Doliński: Próby organizacji służby społecznej w szpitalach. — St. Rudzki: Ustawodawcza walka z gruźlicą. — J. Hozer: Projekt ustawy o ubezpieczeniach społecznych.

Wiadomości Weterynaryjne. Nr. 150. 1933. W. Sarnowiec: Choroby trzody powodowane przez b. suisepticus i b. suipestifer. — K. Sidor: Przypadek ciąży pozamacicznej u suki.

Medycyna. Nr. 2. 1933. A. Gluziński: Żółtaczka i ostry żółty zanik wątroby na tle kiły. — J. Lauber: O znaczeniu rozpoznawczem mroczków środkowych. — W. Ostrowski: Ezeryna i bromek sodu, jako środki pomocnicze w usypianiu chorych. — L. Kwazebart: O śmierci nagłej po wlewaniach przetworów arseno-benzolowych.

Nowiny Społeczno-Lekarskie. Nr. 3. 1933. H. Berger: Kasy Pogrzebowe a ubezpieczenia.

Lekarz Wojskowy. Nr. 3. 1933. Mozołowski W.: Przemiany chemiczne w mięśniu pracującym. — Karwacki L. i Jaworski C.: Przypadek posocznicy gronkowcowej.

Nowiny Lekarskie. Nr. 2. 1933. St. Kwaśniewski: Posocznica a wielostawowe zapalenie paciorkowcowe. — H. Brand: Leczenie fizykalne zaburzeń okresów przejściowych w życiu kobiety. — K. Pluciński: Hipertoniczny rozczyn chlorku sodu jako wlew.

Nowiny Lekarskie. Nr. 3. 1933. K. Nowakowski: 600 przypadków znieczulenia rdzeniowego perkainą. — W. Łuczyński: Spostrzeżenia nad zachowaniem się tętniczego poziomu najwyższego parcia krwi u kobiety w okresie przejściowym (klimakterjum). — K. Zaleski: Terapja wielogruczołowa krwawień macicznych, powstałych na tle zaburzeń wewnątrzwydzielniczych. — K. Stojałowski: O przewlekłych zapaleniach ropnych tarczycy. — M. Kłosińska: Przyczynek do nowoczesnego leczenia bólów mięśniowych, stawowych i neuralgicznych.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr. 5. 1933. T. Goliborska, F. Przesmycki, T. Sporzyński: Badania nad hodowaniem prątków gruźliczych ze krwi metodą Löwensteina. — M. Płońskier: O współczesnych badaniach nad nowotworami złośliwemi.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr. 6. 1933. Z. Świder: Rozważania nad patogenezą dusznicy oskrzelowej. — A. Krakowski: O zespołach patologicznych w neurologji. — L. Fingerhut: Zanik miesiączki w przebiegu moczówki prostej.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr. 7. 1933. Z. Łopuszański: Ilościowe określanie As w HCl i $FeCl_3$.

OCENY.

Higjena szkolna, podręcznik dla kierowników szkół, nauczycieli i lekarzy szkolnych pod redakcją dr. Stanisława KOPCZYŃSKIEGO, naczelnego wizytatora higjeny szkolnej w Ministerstwie W. R. i O. P. Wydanie II. Warszawa 1933. Wydawnictwo M. Arcta. Zeszyt 5 i 6. Cena zeszytu zł. 5., w przedpłacie za całość złotych 55.

Zawarte w zeszycie piątym rozdziały: „Higjena sposobu i organizacji nauczania" pióra prof. dr. Nawroczyńskiego, „Higjena czytania" napisana przez dr. Falskiego i „Higjena pisania", opracowana przez prof. Czerneckiego, nie uległy w tekście w porównaniu z wydaniem pierwszem żadnym zasadniczym, ani większym zmianom, bo też i same zasady higjeniczne nie zmieniły się w tych zakresach. W rozdziale o sposobie nauczania dodano tylko kilkanaście wierszy o t. zw. „uczeniu się pod kierunkiem", a omawiając organizację nauczania uwzględniono nowe plany nauczania w Polsce, wprowadzone w r. 1931. Słusznie tu wtrącono uwagę, że odciążenie planu dla gimnazjum wyższego jest tylko pozorne; redukcję godzin do 30 tygodniowo uzyskano bowiem tylko przez przesunięcie rysunków, robót ręcznych i śpiewu na godziny nadobowiązkowe. Z temi jednak, ważną rolę w nauczaniu współczesnem grającemi przedmiotami, tygodniowy wymiar godzin znacznie przekracza 30. Ucierpiało też w planach z r. 1931 nauczanie higjeny, przewidywane tylko warunkowo, zamiast trzeciej godziny wychowania fizycznego w tygodniu. Być może, że te braki usunie radykalna reforma całego szkolnictwa w Polsce, rozpoczęta 1 lipca 1932, a w ogólnym zarysie opisana także w nowem wydaniu „Higjeny szkolnej", jednakże nie oceniona ze stanowiska higjenicznego, do czego trzebaby znać szczegółowe programy nauczania (dotychczas ogłoszone tylko w małej części). Bardzo korzystne jest dodanie w rozdziale o higjenie czytania przykładów różnych druków, których nie było w pierwszem wydaniu „Higjeny szkolnej". Na końcu tego rozdziału dołączono jeszcze krótką obronę przepisów Ministerstwa W. R. i O. P. w sprawie druku książek szkolnych (z r. 1920) wobec żądania prof. Gądzikiewicza (z r. 1924) i Safarewicza (1925), by wymagania higjeniczne w tych przepisach były zwiększone. „Należy mieć na względzie" — mówi ta obrona — „iż najważniejsze z tych wymagań spowodowałyby bardzo znaczne zwiększenie objętości, a tem samem i kosztu książek". Argument ten byłby na miejscu, gdyby zarzuty prof. Gądzikiewicza i Safarewicza pojawiły się dopiero teraz, w latach przesilenia ekonomicznego, gdy podrożenie książek szkolnych byłoby istotnie klęską dla zubożałego bardzo społeczeństwa. Ale zarzuty pochodzą z przed lat ośmiu, kiedy jeszcze można było zwiększyć wymagania higjeniczne bez nadmiernego obciążenia odbiorców książek. — Rozdział o higjenie pisania został w nowem wydaniu bez uszczerbku dla istotnej treści umiejętnie skrócony, a ryciny, objaśniające wadliwą i prawidłową postawę przy pisaniu, są bardzo przydatnem jego uzupełnieniem.

W zeszycie szóstym z dawnych autorów „Higjeny szkolnej" pozostał doc. dr. Władysław Sterling. Opracował on zupełnie na nowo rozdział o szkołach i zakładach dla dzieci upośledzonych umysłowo lub moralnie, który w nowem wydaniu jest przeszło dwa razy obszerniejszy, niż w wydaniu pierwszem. Przy całem uznaniu dla zalet tego opracowania nie mogę jednak obronić się wątpliwości, czy tak znaczne zwiększenie tego rozdziału było konieczne? Wszak sam autor podkreśla, że lekarz szkoły dla dzieci niedorozwiniętych powinien posiadać „wytrawną wiedzę i doświadczenie neurologiczne i psychjatryczne" być „przedewszystkiem lekarzem psychopatologiem" (str. 420, w oryginale rozstawionym drukiem). Taki specjalista nie będzie jednak w zakresie swojego działu opierać się na „Higjenie szkolnej", zwykły zaś lekarz szkolny nie może być lekarzem szkoły dla niedorozwiniętych, i dla niego więc wszystko to, co w tym rozdziale zawiera się o zadaniach lekarza-specjalisty, nie ma znaczenia; tem mniej dla pedagoga szkoły normalnej. Dla nich obu przydatne będą z tego rozdziału tylko wskazówki, w jakich przypadkach powinniby zwrócić się do lekarza-specjalisty celem rozstrzygnięcia, czy uczeń może pozostać w szkole normalnej, czy też powinienby być przeniesiony do specjalnej szkoły dla upośledzonych umysłowo lub moralnie; prócz tego wystarczyłby, zdaje mi się, treściwy zarys przedmiotu, zawartego w tym rozdziale, z opuszczeniem np. regulaminu dla lekarza szkoły specjalnej (str. 417), ze znacznem skróceniem zarysu historycznego (str. 407—410) — (jak wogóle zbyt przeważnie obszernych zarysów historycznych także w innych rozdziałach), z pominięciem niekoniecznej ryciny 195 i zupełnie zbytecznych rycin 193 i 194.

Podobne wątpliwości co do rozmiarów nasuwa następny rozdział o szkołach i zakładach dla dzieci głuchoniemych, niewidomych i głuchociemnych, którego opracowanie dla drugiego wydania „Higjeny szkolnej" objęła po dr. Jareckim dr. Marja Grzegorzewska, dyrektorka Państw. Instytutu pedagogiki specjalnej. Rozdział ten, w planie ogólnym podobny do pierwszego wydania, urósł jednak w drugiem wydaniu prawie w dwójnasób, zawiera stosunkowo za obszerne zarysy historyczne i szereg — bardzo zresztą ładnych — ale chyba niekoniecznych rycin, jak rys. 196 (widok budynku Instytutu głuchoniemych), 198, 200, 201, 202, 205, 207 (głuchoniemi i ociemniali przy różnych zajęciach). Pominięcie lub skrócenie mniej ważnych szczegółów nie zmniejszyłoby cennych, w tym rozdziale zawartych wiadomości, o metodach nauczania, osiąganych wynikach, pozwoliłoby zaś rozszerzyć uwagi o dzieciach niedowidzących i niedosłyszących, (nie koniecznie tylko bardzo źle widzących lub słyszących), w szkołach często branych za nieuważne i t. p.; uwagi te teraz ograniczają się do przypisku (str. 464). — Bardzo praktyczne jest w tym i w poprzednim rozdziale wyliczenie wszystkich szkół istniejących w Polsce dla dzieci niedorozwiniętych, głuchoniemych i ociemniałych, bo taka informacja niejednemu wychowawcy i lekarzowi może być bardzo przydatna.

Z rozdziału o szkołach i urządzeniach dla dzieci słabowitych (kolonjach, półkolonjach, i t. d.), objętego po dr. Szmurle przez dr. Kopczyńskiego, zawiera zeszyt szósty tylko początek, bogato ilustrowany ładnemi rycinami. W tym rozdziale niema nadmiaru historji; przeciwnie nawet, wzmianka historyczna jest tak krótka, że wśród miast polskich, które zaraz po Warszawie stworzyły kolonje wakacyjne, pominięto Kraków, że nie rozróżniono t. zw. korpusów wakacyjnych, powstałych staraniem H. Jordana, od będących czem innem półkolonij, po raz pierwszy w Polsce zorganizowanych przez T. Janiszewskiego (o czem przypominałem już w sprawozdaniu z pierwszego wydania „Higjeny szkolnej" w r. 1921). Z praktycznych względów uważałbym za pożądane włączenie do tego rozdziału wskazówek o pomieszczeniu, urządzeniu i prowadzeniu kolonij i półkolonij, bo przecież niejednokrotnie pedagog lub lekarz szkolny, przystępując do ich organizowania, mogliby z tego skorzystać, oszczędzając czasu i trudu na szukanie informacji przez osobną korespondencję. Wobec wielkiego znaczenia, jakie mają pod względem higjenicznym dla dziatwy szkolnej właśnie te rozmaite kolonje wakacyjne, obozy i t. p. i wobec znacznego ich rozwoju w Polsce (w r. 1922 było tych instytucyj 224, mieszczących 39.312 dzieci, a w r. 1931 już 1075, mieszczących 133.541 dzieci) zdawałoby mi się rzeczą odpowiednią stosowne rozszerzenie tego rozdziału „Higjeny szkolnej". — Powyższe uwagi, które nasunął mi ten rozdział, nie zmniejszają jednak jego wartości, którą podnoszą jeszcze zalety pióra jego autora.

Ciechanowski (Kraków).

Napadowy częstoskurcz serca pochodzenia komorowego — z przedmową Dr. R. Gallavardin. R. FROMENT. Paryż. Masson et Cie. 1. tom. str. 546. 47 figur. Cena 50 fr.

W dziele tem autor zajmuje się mało znaną postacią częstoskurczu napadowego, którego źródła należy szukać w zaburzeniach prawidłowej czynności komór serca. Ta postać napadów częstoskurczu ma jednak bardzo ważne znaczenie kliniczne ze względu na rokowanie, które jest znacznie cięższe w porównaniu do innych postaci a to dlatego, że tu grozi zawsze przejście częstoskurczu w drżenie mięśnia komór serca, które jest prawie zawsze śmiertelne. F. opiera swe badania na dokładnej analizie klinicznej 99 przypadków, w dużej części spostrzeganych osobiście, w części zebranych z literatury.

Po przedstawieniu etjologji i patogenezy zatrzymuje się autor przedewszystkiem nad rozpoznaniem tych postaci częstoskurczu, podkreślając dla rozpoznania najważniejsze dane kliniczne i elektrokardjograficzne. Jako czynnik bezpośrednio wywołujący zaburzenia uważa uszkodzenie połączone z drażnieniem wiązki Paladino-Hisa.

Pod względem klinicznym F. wyróżnia trzy postacie tego typu częstoskurczu, różniące się od siebie zwłaszcza pod względem prognostycznym. Najcięższą postać stanowią napady, które autor nazywa *„pré-fibrillatoires"*, a rozumie przez to częstoskurcz komór, poprzedzający lub zapowiadający śmiertelne drżenie mięśnia komór serca. Tę postać spotyka się u ludzi w toku rozmaitych schorzeń serca, a zwłaszcza w zatorze mięśnia sercowego, przy zbiorze objawów Adams-Stokesa i przy błonicy, atakującej mięsień sercowy. Prognoza bardzo zła. Druga postać częstoskurczu napadowego pochodzenia komorowego jest rzadziej spotykana i daje znacznie lepszą prognozę. Częstoskurcz jest tu wywołany napadami skurczów dodatkowych komorowych. Te przypadki, choć rzadkie, budzą tem większe zainteresowanie praktyczne, że mogą trwać latami i dają się leczyć i wyleczyć podawaniem chinidyny. W trzeciej grupie przypadków spotykamy się z kombinacją obu wyżej wspomnianych typów.

Duże doświadczenie autora, jasność przedstawienia przedmiotu to zalety książki, która zwłaszcza specjalistom chorób serca da wskazówki do oceny przypadków, nieraz tak trudnych do ujęcia, jakiemi są przypadki częstoskurczu napadowego. Liczne krzywe elektrokardjograficzne będą wówczas służyć jako podstawa do zorjentowania się w genezie częstoskurczu w spostrzeganym przypadku klinicznym. *M. Franke* (Lwów).

Die Muskelhärten. (Myogelosen). MAX LANGE. Lehmanns Verl. München 1931. S. 194. Cena 12.60 RM.

Z rozwojem nauki o gośćcu w ścisłem i ogólnem tej nazwy znaczeniu ukazują się w piśmiennictwie poważne prace usiłujące na podstawie obszernych badań wprowadzić do nauki badania fizykalnego nowe pojęcia, ujmujące miejscowe stany w mięśniu, spostrzegane w schorzeniach internistycznych i ortopedycznych w pewne ścisłe ramy; ma to wzmocnić dokładność badania fizykalnego, rozpowszechnić je między lekarzami praktycznymi, a tem samem podnieść wartość badania gośćca i podobnych schorzeń.

Po krótkim wstępie następuje zwięzły rzut historyczny o wynikach badania przez dotyk i obmacywanie mięśnia gośćcowego poprzez teorje Müllera *(hypertonus)*, jego przeciwnika Schmidta (miejscowe skurcze mięśniowe) do podstawowych prac ortopedy Schadego i internisty Fritza Langego, którzy niezależnie pracując doszli do jednakowych wniosków i stworzyli pierwsze naukowe podwaliny o stwardnieniach mięśniowych. Autor będąc uczniem kliniki ortopedycznej w Monachjum podejmuje spuściznę naukową swego profesora i kontynuuje pracę nad tym przedmiotem.

Część ogólna składa się z następujących rozdziałów: badanie dotykiem; fizjologiczne i patologiczne stwardnienia mięśniowe; organiczne podłoże tych stwardnień; odróżnienie obrazu chorobowego stwardnień mięśniowych od innych stanów; badanie; rozpoznawanie różniczkowe; leczenie stwardnień mięśniowych; wreszcie ich pochodzenie i występowanie w różnych schorzeniach (w przeziębieniu, zakażeniu, przemęczeniu i wadliwej przemianie materji).

Wykazanie stwardnień mięśniowych w przypadkach świeżych wymaga dużego doświadczenia i dobrze wyrobionego czucia. Łatwiej je wykazać w stanach przewlekłych; wielkość ich jest różna, największa w przypadkach ortopedycznych, dochodząca do rozmiarów jaja gołębiego. W warstwach mięśniowych o naprzemiennem przebiegu włókien, równoległe do ich przebiegu umiejscowienie stwardnień, świadczy o tem, w której warstwie się one znajdują. Są one zawsze na ucisk tkliwe.

Dla dokładności badania należy określać twardość mięśni zapomocą specjalnej metody zwanej sklerometrją, podanej przez Mangolda (pelota obciążona ciężarkiem spoczywa na skórze nad badanym mięśniem, a stopień jej wgłębienia w mięsień odczytuje się na skali).

Stwierdzono, że twardość mięśnia prawidłowego w stanie spoczynku u różnych osób w tym samym wieku bywa jednakowa. Nie wpływa na to jednostronny rozwój mięśni (np. zależnie od zawodu), ponieważ z wzrastającym rozwojem mięśnia nie zmienia się jego twardość. Autor podkreśla trudności pomiarowe u osób otyłych i zbyt chudych.

W miejscach, w których wyczuwa się stwardnienie, sklerometr wykazuje twardość wzmożoną o 20—30 a nawet 50%.

Organiczne podłoże stwardnień mięśni nie jest wytłumaczone; autor uważa je za wyraz zmian koloidalnych w mięśniu w następstwie działania różnych czynników; sprawa ma być zbliżona w podobieństwie do pośmiertnego zesztywnienia mięśni.

Autorowi udało się wywołać stwardnienia mięśniowe drogą doświadczalną zapomocą czynnika mechanicznego, termicznego, oraz chemicznego.

Odróżnić należy myogelozy od bolesnych miejsc w skórze i mięśniu (punkty nerwowe). Pierwsze są powierzchowne, drugie znikają w uśpieniu. Stwardnienia włókienkowe Müllera są niczem innem jak stwardnieniami mięśniowemi w zrozumieniu Langego.

Rozdział omawiający sposób przeprowadzania badania należy do najlepszych i świadczy o dużem doświadczeniu autora w tym kierunku. Niestety badanie to ma też strony ujemne np. do badania należy chorego natrzeć parafiną, by uzyskać odpowiednią gładkość skóry; czy to się przyjmie w praktyce?

Leczenie stwardnień polega na stosowaniu specjalnego masażu zw. g e l o t r y p s j ą. Zabieg ten może wykonywać tylko lekarz; utrzymanie ogólnej zasady dla masażu, by go wykonywać w kierunku serca, w gelotrypsji nie jest konieczne. Reakcja miejscowa okazuje się w postaci zmian barwikowych podskórnych w następstwie krwawienia mięśniowego, z powodu zmiażdżenia stwardnienia.

Leczenie pomocnicze: diatermja, i ewentualnie domięśniowe zastrzyki ½% roztworu fosforanu sodu. Leczenie następowe: masaż wykonywany przez samego chorego punktrollerem i ćwiczenia.

Część szczegółowa składa się z rozdziału: o stwardnieniach w schorzeniach gośćcowych mięśni, rwie kulszowej, nerwicach urazowych, zaburzeniach statycznych, przewlekłych schorzeniach stawowych, wadliwej przemianie materji. Niestety ramy niniejszej oceny nie pozwalają mi na szczegółowe omówienie tej ciekawej części pracy.

W części tej autor często rezygnuje z gelotrypsji na korzyść zwykłego masażu, zwłaszcza gdy chodzi o myogelozy w bólach głowy i karku.

W rwie kulszowej podnosi wartość objawu Bragarda (grzbietowe zginanie stopy). Objaw Lasègue'a dodatni a Bragarda ujemny świadczą o stwardnieniach mięśni siedzeniowo-udowych a nie o rwie kulszowej.

Rozpoznawanie różniczkowe jest przeprowadzone szczegółowo i z wielką znajomością przedmiotu.

Ciekawe stanowisko zajmuje autor w tłumaczeniu dolegliwości płaskiej stopy i innych zmian statycznych. Stwardnienia mięśniowe w płaskiej stopie wykazuje już u małych dzieci. Bezskuteczne leczenie stopy płaskiej w/g ogólnie przyjętych prawideł wymaga przystąpienia do usunięcia stwardnień mięśniowych.

Autor pokłada wielkie nadzieje w chemji fizykalnej, która winna się zająć badaniem związku między zaburzeniami przemiany materji a tworzeniem się stwardnień mięśniowych.

Pracę czyta się jednym tchem, bo napisana niezmiernie ciekawie. Nawet zbyt jednostronne ujmowanie przyczyny różnych dolegliwości u chorych pod kątem patrzenia zmian w mięśniach, nie razi czytającego; owszem liczne oryginalne pomysły i chęć zdobycia szerszego świata lekarskiego dla nowej teorji i nowego badania fizykalnego, dotychczas przez ogół lekarzy zaniedbywanego. — wszystko podane w formie ściśle naukowej lecz bardzo przystępnej, — przyczynić się powinno do szerszego zainteresowania i ewtl. potwierdzenia teorji Schade'go-Lange'go.

Janik (Iwonicz)

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce.

Laparoskopja. H. KALK. Med. Klin. Nr. 29. 1932.

Laparoskopem możemy oglądać górną powierzchnię wątroby, natomiast dolną powierzchnię i pęcherzyk żółciowy tylko przy zrostach wątroby z przednią ścianą jamy brzusznej. Z żołądka widzimy krzywiznę większą, część odźwiernika i przylegającą część *corpus ventriculi*. Jelita cienkie przeważnie pokryte przez sieć widoczne są tylko w ich dolnych odcinkach. Również częściowo są widoczne okolice kątnicy, okrężnicy oraz narządy miednicy małej, zwłaszcza przy wysokiem ułożeniu miednicy. Ważne jest stosowanie

równoczesne laparoskopowania i obmacywania. Najcenniejsze wskazówki daje nam laparoskopja przy anatomicznych zmianach wątroby, otrzewnej, oraz w eksperymencie daje nam wgląd na czynność leków na organa wewnętrzne. Różnicowanie guzów jamy brzusznej ma również w tej metodzie wielką pomoc. Jako przeciwwskazanie stosowania laparoskopji są: ostre stany zapalne w jamie brzusznej z podejrzeniem ropienia, rozległe zrosty otrzewnowe, stany niewydolności krążenia, w okresie, gdy płyn jeszcze nie gromadzi się w jamie brzusznej. *Godlowski* (Kraków).

Rejestrowanie wahań kwasoty soku żołądkowego drogą elektro-chemiczną. H. TATERKA u. L. DINKIN. Klin. Wschr. Nr. 12, 1932.

Opis metody z użyciem aparatury Dworzana, pozwalającej określać stężenie kwasu solnego we wnętrzu żołądka bez wydobywania treści żołądkowej. *Karasiński* (Kraków).

O powiększeniu lewych gruczołów pachowych w przebiegu raka żołądka. I. ZUCKERKANDEL. Prakt. Lekař. Z. 7, 1932.

Rakowi żołądka towarzyszy często ob zęk gruczołów w lewej pasze. Zdaniem autora objaw ten posiada znaczenie rozpoznawcze i można z niego korzystać przy schorzeniu żołądka dla zróżniczkowania raka od wrzodu żołądka, zwłaszcza gdy obraz kliniczny i rentgenologiczny jest niejasny, a trudno rozstrzygnąć, czy w danym przypadku ma miejsce sprawa złośliwa. Powiększenie gruczołów w lewej pasze tłumaczy się tem, że przewód piersiowy, który zbiera największą część limfy z narządów jamy brzusznej, wpada do lewej żyły podobojczykowej. *Ungar* (Lwów).

Wrzód dwunastnicy u osobnika z odwrotnem położeniem trzew. A. CEBALLOS i A. BURLANDO. El Dia Médico. Nr. 1. 1932.

Osobnik 39 letni z odwrotnem położeniem trzew *(situs viscerum inversus totalis)* — wykazuje w wywiadach i klinicznie wrzód dwunastnicy — autopsja operacyjna potwierdza tak odwrócenie trzew, jak i obecność wrzodu dwunastnicy. *Mester* (Kraków).

Szybka cholecystografja. C. ANTONUCCI. Pres. Méd. Nr. 50. 1932 r.

Autor podaje swoją metodę cholecystografji przy pomocy tetrajod-fenolftaleiny i cukru gronowego, którą po różnych próbach ustalił następująco: najpierw wstrzykuje dożylnie roztwór cukru gronowego, po 10 min. wprowadza tetrajod, poczem wstrzykuje podskórnie insulinę. Już w 1—2 godz. wypełnia się woreczek żółciowy; niewypełnianie się woreczka jest pewnym dowodem, że woreczek żółciowy jest zajęty i że należy go usunąć. Szybkie wydzielanie się tetrajodu przez wątrobę przy stosowaniu tej metody należy przypisać działaniu cukru, który łączy się z tetrajodem i transportuje go do wątroby. W tym też celu stosuje autor insulinę. Tetrajod wprowadzony dożylnie lub podany doustnie łączy się również z glukozą krwi, przechodząc do wątroby, ponieważ u ludzi po podaniu tetrajodu można stwierdzić zmniejszenie poziomu cukru we krwi. Przyśpieszone wydalanie tetrajodu przez wątrobę t. j. szybką cholecystografję można uzyskać także przez kombinowanie tetrajodu z niektóremi barwikami jak błękit metylenowy, indygokarmin i fenol-sulfoftaleina. Mechanizm działania tych barwików przyśpieszającego wydzielanie tetrajodu prawdopodobnie polega na tem, że wywołują one przecukrzenie — co autor stwierdził przy fenolsulfoftaleinie, — a więc na tem samem, co autor w swej metodzie zaleca sztucznie przez wprowadzenie cukru. *Skowroński* (Lwów).

Cholecystografja i skurcze woreczka żółciowego. H. GODARDI i A. KOLIOPOULOS. Pres. Méd. Nr. 41. 1932.

Autorowie, w przeciwieństwie do zdania niektórych badaczy, przedstawiają na zdjęciach rentgenowskich, że woreczek żółciowy podlega skurczom rytmicznym. Stwierdzenie takiego skurczonego woreczka w czasie badania rentgenowskiego pozwala wykluczyć jego zapalenie. *Skowroński* (Lwów).

Cholecystostomja w zakaźnych żółtaczkach. E. CHABROL, P. BROCQ i J. PORIN. Pres. Méd. Nr. 54. 1932.

Autorowie obserwowali przypadek żółtaczki kataralnej, który po 8-tygodniowem leczeniu wewnętrznem ustąpił w ciągu 3 dni po nacięciu i zdrenowaniu woreczka żółciowego. Przy operacji nie stwierdzono ani kamieni ani rozszerzenia dróg żółciowych. W ciągu pierwszych dni wydzieliło się bardzo dużo czarnej żółci, bogatej w barwiki, o małej ilości substancji suchej. Przy badaniu histologicznem wątroby stwierdzono charakterystyczne zmiany w tkance międzyzrazikowej *(hepatitis interstitialis)*, przerost komórek Kupffera, na obwodzie zanik, a w środku zrazika przerost komórek wątrobowych z licznemi mitozami, przyczem wątroba zupełnie nie była nacieczona barwikami żółciowemi. Autorowie zastanawiając się nad mechanizmem powstawania takiej żółtaczki, przypuszczają ze względu na dobry wynik leczenia operacyjnego, że tu główną przyczynę stanowi nie zaburzenie w wydzielaniu żółci przez wątrobę, ale zaburzenie w odprowadzaniu żółci. Sądzą przeto, że przyczyną takiej żółtaczki jest zapalenie wspólnego przewodu żółciowego, przyczem zaznaczają, że z powodu niskiego ciśnienia w przewodach żółciowych wystarczają nawet nieznaczne przeszkody, by spowodować zatrzymanie odpływu żółci, ponadto nie wykluczają oni także spastycznego skurczu mięśnia Oddi'ego. *Skowroński* (Lwów).

Zaostrzenia w przebiegu alkoholowej marskości wątroby. N. FIESSINGER, G. ALBOT i F. THIRBAULT. Pres. Méd. Nr. 46. 1932.

Autorowie podają obserwacje kliniczne i omawiają zespoły anatomiczno-kliniczne marskości oraz przebieg ogólny tego schorzenia. Podkreślają rolę zapalenia miąższowego wątroby w występowaniu objawów marskości alkoholowej. Przebieg takiej marskości niezawsze jest p zewlekły i postępujący, często zdarzają się zaostrzenia o typie ostrym lub podostrym jak żółtaczka, puchlina brzuszna, zaburzenia trawienne lub nerwowe, które mogą ustąpić. Wśród objawów marskości wątroby stałemi i niezmiennemi są tylko objawy zależne od zajęcia tkanki łącznej, podczas gdy objawy zależne od zaburzeń funkcjonalnych miąższu wątrobowego podlegają różnym zmianom. Takie zaburzenia funkcjonalne można wykazać przez wykonanie próby galaktozowej na sprawność wątroby. Tem też należy tłumaczyć us ępowanie niektórych objawów u chorych z marskością wątroby. Żółtaczka prawie zawsze, obrzęki bardzo często, a nierzadko i puchlina brzuszna są tylko komplikacjami w przebiegu marskości, zależnemi od przejściowych zaburzeń miąższu wątrobowego, a nieistotnemi objawami marskości. *Skowroński* (Lwów).

Żółtaczka hemolityczna nabyta. J. J. SPANGENBERG i C. R. BELGRANO. El Dia Médico. Nr. 12. 1932.

Przypadek ostrej żółtaczki hemolitycznej nabytej u studenta. w przebiegu której ilość c. czerwonych spadła do 990.000 w 1 mm³ — obok tego były inne typowe objawy — sprawa ustąpiła samoistnie — tak, że po 2 miesiącach obraz krwi cytologicznie i chemicznie wrócił do normy — z równoczesnem zupełnem poczuciem zdrowia. *Mester* (Kraków).

Leczenie ciężkiej żółtaczki podawaniem doustnem cukru. R. SCHOLL, P. STEINER. Med. Klin. Nr. 25. 1932.

Na podstawie własnego doświadczenia, autor poleca stosować dla celów leczniczych duże dawki węglowodanów, a zwłaszcza lewulozy — *per os.* W przypadku przedstawionym przez autora chodziło o ciężkie schorzenie miąższu wątrobowego, wywołanego przez intensywne leczenie przeciwkiłowe solami ciężkiego metalu. Stosowanie diety mącznej i 40 g lewulozy *per os* sprowadziło ustąpienie objawów uszkodzenia miąższu wątrobowego, tak subjektywnych jak i objektywnych, stwierdzonych badaniami funkcjonalnemi wątroby i moczu. *Godlowski* (Kraków).

Chemiczne badania patologicznej żółci i wpływ na nią karlsbadzkiego leczenia. W. NONNENBRUCH, P. MAHLER. Med. Klin. Nr. 26. 1932.

Na 9 przypadkach chorych cierpiących na schorzenia wydzielnicze wątroby stwierdził autor badaniem chemicznem, przy stosowaniu leczenia karlsbadzkiego, zwiększenie cholerezy z bezwzględnem zwiększeniem wydzielania soli, przy obniżonem stężeniu żółci, co wyrównywała zwiększona cholereza. Substancje organiczne ulegały przejściowym wahaniom. *Godlowski* (Kraków).

Szybki sposób rentgenologicznego badania wyrostka robaczkowego. S. KADRNKA i R. SARASIN. Pres. Méd. Nr. 50. 1932.

Wyrostek robaczkowy tylko w pewnym nieznacznym procencie (ok. 34%) przypadków daje się wykazać przy zwykłym sposobie badania rentgenologicznego, podczas gdy przy postępowaniu autorów można go zobaczyć w przeszło 70% przypadków zapaleń okolicy okrężniczo-kątniczej. Chorego najpierw przeczyszczają olejem rycynowym, następnie w pozycji Trendelenburga stosują lawatywę barytową lub umbratorową. W tym etapie badania zazwyczaj nie można zobaczyć wyrostka robaczkowego, dopiero zdjęcie wykonane w drugim okresie po usunięciu lawatywy kontrastującej pozwala zobaczyć wyrostek. Trzeci etap badania polega na nadmuchaniu kiszek gazem i wtedy często udaje się wykazać wyrostek robaczkowy, przy dotychczasowem badaniu niewidoczny. Ten sposób badania posiada pewne zalety, ponieważ pozwala poznać też zmiany jelita biodrowego i kiszki ślepej, szczególnie ich błonę śluzową, następnie metoda ta jest prosta i daje szybko wyniki w ciągu jednego posiedzenia.

Skowroński (Lwów).

Przyczynek do symptomatologji ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. F. RUDOFSKY. Med. Klin. Nr. 28. 1932.

Przy nagłem podniesieniu się ciśnienia śródbrzusznego np. przy kaszlu lub przy parciu na stolec, występuje samoistny ból nad prawym talerzem biodrowym. U ludzi wrażliwych i u dzieci objaw ten zastępuje stwierdzanie bólu uciskowego. Objaw ten nie jest stałym, jednak dość częstym. Dalej oglądaniem można niekiedy stwierdzić przy oddechaniu brzusznem powłóczenie powłok brzusznych nad talerzem biodrowym prawym, zwłaszcza widoczne to jest przy głębokich oddechach. Dzieje się to na tej samej zasadzie, co powłóczenie połową klatki piersiowej przy zapaleniu opłucnej. Przy głębokich oddechach często występuje silny ból nad prawym talerzem biodrowym lub też następuje nasilenie się istniejącego.

Godlowski (Kraków).

Chirurgja, położnictwo i ginekologja, stomatologja.

Przyczyny śmierci po operacjach ginekologicznych. I. P. GREENHILL (Chicago, Ill.). Amer. Journ. of Obst. a. Gyn. XXIV. 2. 1932.

Jest to rozbiór krytyczny 213 zejść śmiertelnych, które wydarzyły się w ciągu 5-u lat na 6022 operacyj ginekologicznych. Stanowi to 3.5%. Odnośnie do poszczególnych zabiegów odsetek zejść śmiertelnych przedstawia się następująco: na 747 przypadków nadpochwowego odcięcia macicy umarło 6 t. j. 0.8%. W przypadkach jednak spraw zapalnych w przydatkach nadpochwowe odcięcie macicy wraz z przydatkami dało 8.9% śmiertelności, a więc dwa razy większą niż po całkowitem wycięciu macicy wraz z przydatkami, 4.3%. Z innych zabiegów operacyjnych stosunkowo znaczny odsetek śmiertelności wykazują: *Colostomia* 78.6%, *Vulvectomia* 15.4%, przetoki pęcherzowo-pochwowe 14.3% i *Kolpotomia* 9%, operacje plastyczne krocza dawały 1.2% śmiertelności. Bezpośrednią przyczyną było najczęściej zapalenie otrzewnej 50.8%, embolje 13%, krwotoki i *shock* pooperacyjny 11.6%, zmiany w mięśniu sercowym 10%, zapalenie płuc 7% i t. p.

Co się tyczy choroby to największą liczbę zgonów wykazują operacje z powodu włókniaków macicy 69, następnie idą sprawy zapalne przydatków 65, nowotwory złośliwe 31, torbiele jajników 13 i t. d. *Wiślański* (Lwów).

Leczenie radem krwawień macicznych pochodzenia niezłośliwego. L. E. PHANEUF (Boston, Mass.). Amer. Journ. of Obst. a. Gyn. XXIV. 2. 1932.

Sprawozdanie z leczenia promieniami radu krwawień macicznych u 105 kobiet. W przypadkach tych rozpoznano 15 razy włókniaki macicy, 7 razy t. zw. krwawienia młodociane, 11 razy krwawienia po okresie przekwitania i 72 razy u kobiet w średnim wieku. Co się tyczy pierwszej grupy t. j. włókniaków macicy, to były to małe włókniaki wielkości najwyżej 2 miesięcznej ciąży. U 14-u z tych kobiet włókniaki znikły i wystąpił stały brak miesiączki, u jednej wykonano następnie wycięcie macicy z powodu bólów. Dawka radu u 11 wynosiła 1800 mg godz., u 2 2400 mg godz., u 2 zaś dwukrotnie stosowano rad w sumie 3200 mg godz.

W krwawieniach młodocianych najmniejsza dawka radu wynosiła 400 mg godz., największa zaś 600 mg godz. U 4-ch wynik był doraźny, u 2-u musiano dawkę powtórzyć, jedną zaś operowano.

Z 72 kobiet naświetlanych w średnim wieku, u 70-u uzyskano stały brak miesiączki, u jednej pomimo powtórzenia dawki 500 mg godz., musiano wykonać wycięcie macicy.

U wszystkich 11-u kobiet po okresie przekwitania uzyskano wyleczenie zupełne.

Na podstawie tych wyników uważa autor leczenie radem dobrotliwych krwawień macicznych w przypadkach odpowiednio dobranych, jako dobre i godne polecenia.

Wiślański (Lwów).

Położenie poprzeczne. NICHOLSON J. EASTMAN. (Baltimore, Md.). Amer. Journ. of Obst. a. Gyn. XXIV. 1. 1932.

Autor badał 147 przyp. położenia poprzecznego i doszedł do następujących wniosków: Przyczyną tej nieprawidłowości było 38 razy ścieśnienie miednicy, ciąża mnoga 33 razy, łożysko przodujące 5 razy, guzy i nowotwory w miednicy 2 razy, nadmierny wzrost płodu 8 razy; poza tem w innych przypadkach nie wykryto przyczyny tego położenia. Szczególnie często występowała ta nieprawidłowość u wieloródek. Urodziło się płodów donoszonych 93, w 38 przyp. noworodek ważył mniej niż 2500 g, ale więcej niż 1500 g. Śmiertelność matek wynosiła 3.4% przyp. Autor zaznacza, że samo położenie poprzeczne jako takie nie było przyczyną śmierci, lecz różne powikłania jak np. przodujące łożysko, przedwczesne odejście wód płodowych, nienależyte rozwieranie się dróg porodowych i t. p. Co się tyczy noworodków (powyżej 2500 g ważących), to zmarło ich 27.6%. Przyczyną było najczęściej przodujące łożysko, wypadnięcie pępowiny, przedwczesne odpłynięcie wód płodowych i t. d. Autor dochodzi do przekonania, że w przypadkach położenia poprzecznego, (pomijając łożysko przodujące, które jest dostatecznem wskazaniem do cięcia cesarskiego, należałoby częściej stosować tę operację i to ze względu na płód i matkę.

Wiślański (Lwów).

Leczenie raka szyi macicy w szpitalu Barnesa i wyniki tego leczenia po upływie 5-u lat. Q. U. NEWELL. (St. Louis, Mo). Amer. Journ. of Obst. a. Gyn. XXIV. 2. 1932.

Autor dzieli przypadki swe na 4 klasy. Do kl. 1-ej zalicza przypadki, w których sprawa chorobowa jest umiejscowiona tylko w szyi macicy. Do 2-ej kl. zalicza przypadki, w których przymacicza wykazują również zmiany, ale ruchomość macicy jest jeszcze zachowana i zmiany nie dotarły do ścian miednicy. Do 3-ej kl. zalicza przypadki, w których sprawa nowotworowa dotarła przez przymacicze do ścian miednicy. Do 4-ej zaś przejście nowotworu na pęcherz moczowy, kiszkę stolcową i pochwę.

Przypadków w klasie 1-ej miał dwa, w kl. drugiej 1. Wszystkie trzy uważa za wyleczone, żyją bowiem i mają się dobrze. W klasie 3-ej miał przypadków 108. Leczone były promieniami radu i Roentgena. 24 chorych żyje do dziś w stanie dobrym, co czyni 22.2% przyp. Chorych klasy 4-ej było 10. Stosowano tylko naświetlanie promieniami Roentgena. Żadna z chorych nie przeżyła dwóch lat po skończonem leczeniu, prawie wszystkie zmarły w ciągu pierwszego roku. Co się tyczy dawki radu, to wynosiła ona od 1600 mg godzin do 5000 mg godz.

Wiślański (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

Sprawozdanie z XXX Posiedzenia naukowego z dnia 2 grudnia 1932.

Przewodniczący: Kol. S. Ruff.

1. Odczytanie i przyjęcie protokołu poprzedniego posiedzenia.

2. Kol. Danielski Zygmunt, czł. Twa, wygłosił *sprawozdanie z międzynarodowego zjazdu przeciwgruźliczego w Holandji.* (Ukaże się drukiem w nr. 11. P. G. L.).

W dyskusji: Kol. Laskownicki, czł. Twa, podaje, że według jego badań w instytucie Pasteura, po wstrzyknięciu soli metali ciężkich wzrasta odporność, po wstrzyknięciu szczepionek rośnie ilość cholesteryny we krwi, co pozostaje prawdopodobnie w łączności ze wzrostem odporności. Zapytuje, czy były przeprowadzane badania nad wpływem sanokryzyny na poziom cholesteryny we krwi.

Kol. Tomanek, człon. Twa, sądzi, że inhalacje soli złotowych nie będą miały dużego wpływu na przebieg gruźlicy, jak szereg innych leków, stosowanych tą właśnie drogą; natomiast inhalacje tlenu mają przed soba przyszłość.

3. Kol. Prezes S. Ruff zawiadamia obecnych, że na skutek obniżenia prenumeraty Polskiej Gazety Lekarskiej przez Radę Nadzorczą Spółki Wydawniczej Lekarskiej na 40 zł, Zarząd Lwowsk. Tow. Lek. obniżył wkładkę członkowską od 1 stycznia 1933 na 60 zł rocznie.

4. Kol. Ostrowski Tad., człon. Twa, przedstawił *chorego, leczonego operacyjnie z powodu wynicowania pęcherza moczowego (ectopia vesicae) i wypadnięcia kiszki prostej* (około 20 cm). Zabieg wykonano dwuczasowo; w pierwszym akcie po otwarciu jamy brzusznej cięciem skośnem po lewej stronie, odsłonięto esicę, podciągnięto kiszkę prostą ku górze i umocowano do powięzi. Po wprowadzeniu cewnika moczowodowego do moczowodu lewego, wypreparowano go w okolicy skrzyżowania z *art. iliaca* i tu przecięto. Dolny odcinek zapuszczono do miednicy małej po podwiązaniu, górny zaś wszczepiono do esicy sposobem Coffey'a, stwarzając skośny przebieg odcinka wszczepionego w warstwie mięsnej esicy, a to w celu uzyskania automatycznego zamknięcia ujścia moczowodu do esicy. W dwa tygodnie potem wykonano wszczepienie moczowodu prawego do kątnicy. Cięciem skośnem odsłonięto pozaotrzewnowo moczowód: do przestrzeni pozaotrzewnowej wciągnięto przez małe nacięcie otrzewnej kątnicę wraz z wyrostkiem robaczkowym, który wycięto. Część kątnicy wyłoniona obszyto otrzewną, poczem wszczepiono do kątnicy moczowód prawy. Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Kiszka prosta nie wypada, zwieracz odbytnicy funkcjonuje prawidłowo. Chory oddaje stolec razem z moczem, czasem tylko sam mocz. Wynico-

wany pęcherz pozostał narazie niewycięty. Chory ma się zgłosić ponownie do ostatniego aktu. Badanie rentgenologiczne po wstrzyknięciu dożylnem abrodilu wykazało normalne warunki w miedniczkach. (Streszcz. własne).

W dyskusji: Kol. Laskownicki, czł. Twa, podaje, że dokonał szczepień obustron. moczowodów w 6 przypadkach, tylko met. Coffey'a; inne metody mają tylko znaczenie historyczne. Kol. L. wykonuje naprzód wszczepienie moczowodu prawego, wykonując równocześnie apendektomję. W dwa tygodnie później wszczepienie moczowodu lewego.

5. Kol. Łaskownicki, człon. Twa, a) podaje doniesienie tymczasowe *o leczeniu enuresis nocturna.*

Picard i później Fränkel ogłosili niedawno sposób leczenia mimowolnego moczenia u kobiet wieloródek przy pomocy elektrokoagulacji szyjki pęcherza. Wyleczenie w tych stanach chorobowych spowodowane jest skróceniem mięśnia zwieracza pęcherza przez powstanie w nim blizn. Przyszło mi wówczas na myśl, że w podobny sposób możnaby leczyć również i przypadki *enuresis noct.*, w których brak jest zmian kostnych w kręgosłupie lędźwiowym i kości krzyżowej, oraz zmian udowych. W tych przypadkach nocne moczenie prawdopodobnie jest spowodowane wrodzonym niedowładem mięśnia zwieracza pęcherza. Leczyłem 3 przypadki *enuresis noct.* tą metodą. Przypadki te dotyczą 3 dziewcząt w wieku 18—20 lat, u których wszystkie możliwe środki lecznicze dotychczas stosowane przy tem schorzeniu zostały wyczerpane. Leczenie polegało na elektrokoagulacji, wykonanej w cystoskopie w ten sposób, że w czterech miejscach w pewnej odległości od szyjki pęcherza wykonano głębokie nacięcia sondą elektrokoagulacyjną. W jednym przypadku powstało ciężkie zapalenie pęcherza, trwające kilka tygodni, z wytworzeniem się inkrustacji na jednym z miejsc koagulowanych, które po usunięciu złogów tępą łyżeczką i odpowiedniem leczeniu, minęło. Efektu leczniczego należy oczekiwać w 2—4 tygodnie po zabiegu. Wszystkie trzy przypadki zostały w zupełności uleczone;

b) przedstawia przypadek *nephritis chron. dispersa.* Chory, lat 38, przebył przed 6 laty atak kolki nerkowej prawostronnej i od tego czasu ma głuche bóle, występujące okresowo w okolicy nerki prawej. Przed 2 tygodniami występuje gwałtowny atak kolki nerkowej, trwający 3 doby, z wymiotami, zaparciem stolca i wiatrów, bardzo znacznem wzdęciem, tętno w 3 dniu 140, język lekko podsychający. Badanie cystoskopowe wykazuje: pęcherz bez zmian. Nerka lewa wydziela indygokarmin wstrzyknięty dożylnie po 4 minutach o dobrem wysyceniu, nerka prawa indygokarminu do 14 min. nie wydziela. Zasondowanie moczowodu prawego nie udaje się, kilkakrotne próby zawodzą, sonda moczowodowa wchodzi do ujścia moczowego zaledwie na 1 cm. Zdjęcie rentgenowskie wykazuje znaczne powiększenie nerki prawej, która jest dwukrotnie większa od nerki lewej, nie wykazuje żadnych konkrementów. Wstrzyknięty dożylnie uroselektan wydziela nerka lewa prawidłowo, zupełny brak wydzielania po stronie prawej. Wobec ciężkiego stanu chorego i bardzo silnych bólów przystąpiono do operacji. Przy zabiegu stwierdzono, co następuje: nerka prawa duża, silnie przekrwiona, z wyraźnem stwardnieniem w okolicy górnego bieguna. W tkance okołonerkowej rozległy naciek zapalny. Miedniczka intrarenalna, zagięcie moczowodu tuż poniżej jego odejścia z miedniczki na nienormalnie przebiegającem naczyniu krwionośnem. Wobec tego, że badania czynnościowe wykazały zupełny brak czynności wydzielniczej nerki prawej, wobec tego, że stan chorego był ciężki i wobec tego, że w razie nieustania napadu po wykonaniu dekapsulacji trzebaby było operować po raz drugi w najkrótszym przeciągu czasu, zdecydowano się nerkę prawą usunąć. Badanie histologiczne usuniętej nerki wykazuje rzadki obraz *nephritis chron. dispersa (nephrit. dolorosa).* W obrazie histologicznym widoczne liczne rozsiane ogniska zapalne z naciekiem drobnokomórkowym i rozrostem tkanki łącznej bliznowatej (limfocytarne nacieki, wskazujace na długie trwanie sprawy chorobowej), liczne kłębuszki zwyrodniałe szklisto, kanaliki nerkowe zatkane wałeczkami szklistemi. W ścianach kanalików krętych liczne miejsca uległy zwyrodnieniu szklistemu oraz wakuolizacji. Reszta miąższu nerkowego wykazuje ostre zmiany zapalne, (obecność włóknika w kłębuszkach nerkowych) oraz zwyrodnienie miąższowe. Jak widzimy z obrazu tego, miąższ nerki uległ tak dalece zwyrodnieniu i ciężkim zmianom zapalnym przewlekłym, co wyrażało się w zupełnym braku czynności wydzielniczej tej nerki, że zupełne usunięcie chorej nerki było jedyną właściwą metoda leczniczą;

c) *przypadek zakażonej kamicy moczowodowej i nerkowej obustronnej, leczony operacyjnie.* Chory lat 25, cierpiący na obustronną kamicę nerkową zakażoną, był operowany przed 15 dniami i wyjęto mu z moczowodu lewego w dolnym jego odcinku 8 kamieni, wielkości ziarna fasoli, zamykających zupełnie odpływ moczu zakażonego z nerki lewej. Nerka prawa wydzielała wówczas mocz również mętny, próba barwikowa jednak wykazała wydzielanie indygokarminu w 8 min. po injekcji dożylnej, o słabem wysyceniu. Chory ten przed 2 dniami dostał ataku kolki nerkowej prawostronnej, przyczem nastąpiło zupełne zamknięcie moczowodu prawego tkwiącym w nim kamieniem, podniesienie ciepłoty ciała do 39°, dreszcze. Wobec tego dziś wykonano zabieg operacyjny, który polegał na odsłonięciu nerki i moczowodu w górnym jego odcinku. Z moczowodu wydobyto 3 kamienie, wielkości fasoli, z nerki po nacięciu w 3 miejscach miąższu nerkowego *(nephrocalicotomia),* po usunięciu przy pomocy pompy ssącej ropy z kielichów nerkowych, usunięto 19 kamieni. W kielich średni włożono cienki cewnik Petzera, w kielich dolny dren gumowy grubości palca, trzeci dren w okolicy cięcia moczowodowego. Moczowód zeszyto szwami węzełkowemi, poczem zmniejszono rany w miąższu nerkowym szwami węzełkowemi strunowemi (co w zupełności zatamowało krwawienie z nerki). Operacja została wykonana w ten sposób dlatego, że mamy tu do czynienia z przypadkiem ciężkiej kamicy nerkowej zakażonej obustronnej, w którym to przypadku za wszelką cenę chciano utrzymać nerkę i pomimo obecności ropy w dwóch kielichach wykonano operację konserwatywną. (Streszcz. własne).

W dyskusji: Kol. Oberländer, człon. Twa, ad a) sądzi, że leczenie met. koagulacji, przedstawione przez prelegenta, jako przykre dla chorego, należy zastosować dopiero po wyczerpaniu innych sposobów leczenia. Według doświadczenia Kol. O. 50% przyp. *enuresis nocturna* leczy się sugestją i hipnozą; w wielu wypadkach przyczyną *en. noct.* jest *fissura ani,* której wyleczenie, usuwa i drugie schorzenie,

ad c) zapytuje, jak wypadło badanie funkcji nerek, gdyż wobec stwierdzenia ropy w jednej nerce należy tę nerkę uważać za straconą. Za autorami niemieckimi jest zdania, że w przypadkach obustronnej kamicy nerkowej zakażonej nerki nie operuje się.

W odpowiedzi: Kol. Laskownicki: ad a) leczenie było przeprowadzane wszelkiemi możliwemi sposobami przez lat 14, jednak bezskutecznie, dopiero met. Kol. L. sprowadziła wyleczenie,

ad c) przy kamicy w ruchu funkcja nerki jest zawsze upośledzona, dlatego z badania funkcjonalnego dużo wnioskować nie można. W przypadkach roponercza Kol. L. wykonuje zawsze nefrektomję. Ponieważ jednak w przedstawionym przypadku i w drugiej nerce były kamienie, a w nerce prawej była dostateczna ilość miąższu, zastosowano leczenie konserwatywne. W przypadku tym jedna i druga operacja była operacją nagłą, bo choremu groziła śmierć z powodu mocznicy.

Sekretarz doroczny: *H. Długosz.*

NEKROLOGJA.

Ś. p. Dr. Józef Koliński.

W styczniu r. b. zmarł w Łodzi ś. p. Dr. Med. Józef Koliński, jeden z najstarszych lekarzy łódzkich, ostatni z założycieli Tow. Lekarskiego Łódzkiego, członek honorowy i sekretarz stały tegoż Towarzystwa.

Dr. J. Koliński należał do nielicznej już dzisiaj garstki weteranów zawodu lekarskiego, był On lekarzem-obywatelem, który widział w swoim zawodzie nie źródło dochodów, lecz nabyte prawo i obowiązek służby społecznej i pracy obywatelskiej.

Urodzony w 1859 r. w Warcie ukończył gimnazjum w Kaliszu 1874 r. i Medyko-Chirurgiczną Akademję w Petersburgu w 1879 r. Po jej ukończeniu dostaje przydział jako lekarz wojskowy do Łodzi. W roku 1881 zostaje przeniesiony do Szpitala Ujazdowskiego w Warszawie, gdzie na oddziale Dr. Wolfringa specjalizuje się w okulistyce. Po zdaniu egzaminów i napisaniu rozprawy ze swej specjalności dostaje w 1884 r. tytuł doktora medycyny. W tym samym roku powraca do Łodzi na stanowisko ordynatora oddziału ocznego w Szpitalu Czerwonego Krzyża. Od tej chwili zaczyna się Jego naukowa i społeczna działalność na terenie łódzkim. W 1885 r. kiedy Łódź liczyła stokilkadziesiąt tysięcy mieszkańców i 30 lekarzy, przystępuje Dr. Koliński wraz z D-rem Jonscherem do zorganizowania Łódzkiego Tow. Lekarskiego. Od pierwszej chwili powstania Towarzystwa Dr. Koliński staje się jednym z najczynniejszych jego członków, ogłasza szereg prac z dziedziny okulistyki przeważnie w Czasopiśmie Lekarskiem, którego był współzałożycielem i współredaktorem. Prócz tego jako współpracownik „Dziennika Łódzkiego", pierwszego pisma polskiego w Łodzi, pisze gorace artykuły nawołujace łódzką polską inteligencję do organizowania się i do pracy społecznej.

Dr. Koliński, jako ordynator Oddziału Ocznego w Szpitalu Czerwonego Krzyża, wybitnie przyczynia się do powstania oddzia-

łów ocznych w szpitalach Anny Marji, Św. Aleksandra i Św. Józefa. Będąc członkiem zarządu Chrześc. Tow. Dobroczynności, organizuje bezpłatne ambulatorjum dla ubogich chorych i pracuje jako konsultant honorowy w szeregu instytucyj dobroczynnych. Przez długie lata pełni obowiązki członka zarządu Szpitala w Kochanówce oraz Pogotowia Ratunkowego. Jest założycielem Tow. Higjenicznego w Łodzi. Przyjmuje żywy udział w organizacji strejku szkolnego i zostaje aresztowany w 1905 r. przez władze rosyjskie. Następnie przez szereg lat jest wice-prezesem Tow. Uczelnia walcząc o istnienie i egzystencję pierwszego prywatnego gimnazjum Polskiego w Łodzi.

Za tak ofiarną działalność społeczno-lekarską Łódzkie Tow. Lekarskie uczciło Zmarłego ofiarowaniem Mu najwyższej godności, jaką rozporządzało, a więc godnością członka honorowego i sekretarza stałego. Społeczeństwo łódzkie nagrodziło Go wdzięcznością, szacunkiem i uznaniem.

Cześć pamięci Lekarza-Obywatela, który na sztandarze swego zawodu wypisał najszczytniejsze hasła ogólnoludzkie i pozostał im wierny do ostatniej chwili swego pracowitego życia.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Odznaczenia i wiadomości osobiste.

Staraniem Związku Stomatologów Izby Lekarskiej Lwowskiej odbędzie się 4. III. b. r. o godz. 20-tej w Klinice Stomatologicznej U. J. K. obchód 25-lecia pracy zawodowej oraz 10-lecia prezesury Związku Dr. Henryka Allerhanda. W czasie uroczystego zebrania zostanie wręczony Jubilatowi dyplom Członka Honorowego Związku.

Zmarli.

Dr. Klemens Serafin, l. 30. asystent Kliniki Chirurgicznej U. J. K. we Lwowie. b. asyst. Zakładu Anatomji Opisowej U. J. K.

Ruch w Towarzystwach Lekarskich i Zjazdy.

Na walnem zgromadzeniu Krakowskiego Towarzystwa Ginekologicznego wybrano zarząd, w skład którego wchodzą: Dr. Ada Markowa-Rutkowska — przewodniczący. Doc. Dr. Tadeusz Keller — wiceprezes, Dr. Stanisław Nowak — sekretarz, Dr. Ludwik Friedmann — skarbnik, Dr. Jan Szancenbach i Dr. Jan Niewola — członkowie wydziału. Członkowie komisji rewizyjnej: Dr. Tymoteusz Piotrowski i Dr. Bruno Woyciechowski.

Medycyna Społeczna.

Sekcja Naczelnej Rady Zdrowia do spraw zdrojowisk i uzdrowisk odbyła posiedzenie 18. I. 1933 z udziałem lekarzy i dyrektorów państwowych zakładów zdrojowych. Najważniejszą częścią obrad była sprawa braków inwestycyjnych w naszych zdrojowiskach. Według uchwał Sekcji każde zdrojowisko powinno opracować plan inwestycyjny na najbliższe lata, by stopniowo usunąć poważne nieraz braki w urządzeniach higjeniczno-sanitarnych: urządzenia wodociągowe, kanalizacyjne, zakłady czyszczenia ulic. Fachowym organem doradczym ma być poradnia inwestycyjna zorganizowana przy Naczelnej Radzie Zdrowia. Łącznie z planowanemi inwestycjami winny zdrojowiska przygotować plany zabudowania zatwierdzone przez właściwe władze. Tworzenie prymitywnych zdrojowisk nowych uznano za niewłaściwe. Celem poznania urządzeń zagranicznych uchwalono starać się o możliwe ułatwienia wyjazdu dla lekarzy zdrojowiskowych.

Organizację służby społecznej w szpitalach porusza dr. E. Doliński na łamach „Lekarza Polskiego". Instytucję pielęgniarek społecznych wprowadziło wiele społeczeństw. W ścisłej łączności z dyrekcją szpitala zastępują one niejako rodzinę choremu, wnikają w jego stosunki życiowe, pomagają w utrzymaniu łączności z rodziną, ułatwiają przebycie okresu ozdrowieńczego po szpitalu względnie dalsze leczenie przewlocznych chorób, opiekują się nieślubną matką i dzieckiem. U nas spotyka się dopiero zaczątki podobnej organizacji choć nie brak odpowiednio przygotowanych sił, które muszą nadto posiadać wysokie kwalifikacje osobiste.

Sprawy zawodowe.

Świat lekarski francuski zajmuje się żywo sztuką. Malarstwo, rzeźba, sztuka dekoracyjna stanowią dla wielu uzupełnienie życia duchowego. W połowie marca zostanie otwarta w Paryżu XIII. lekarska wystawa sztuki pod protektoratem najwybitniejszych przedstawicieli medycyny francuskiej.

Stosunki sowieckie, o których doniedawna niewiele można było się dowiedzieć, przyciągają licznych obserwatorów. Ostatnio wygłosił w Paryżu odczyt z podróży po Sowietach Mérat, chirurg z Troges. Studjował życie lekarzy. Podnosi skromne warunki ogółu lekarzy, gorsze od poziomu zarobków kwalifikowanych robotników. Praca ich ogranicza się wyłącznie do instytucyj zdrowia publicznego, głównie gminnych i fabrycznych. Specjaliści są cenieni i lepiej sytuowani. Studja medyczne dostępne dla słuchaczy ze stanu robotniczego i włościańskiego trwają 4 lata, w tem rok praktyki. Po ukończeniu ich wymaga się 3 lat pracy w służbie państwowej. W razie dobrej opinji może lekarz dopiero wtedy specjalizować się w odpowiednich zakładach i po dalszych 2 latach liczyć na lepsze stanowisko.

Różne.

W warszawskiej „Kronice Dentystycznej" znajdujemy ciekawą wzmiankę o zębach sztucznych w starożytności. Około roku 450 przed Chr. znano w Rzymie wstawianie zębów sztucznych. Prawo 12 tablic (450 r. przed Chr.) zawiera przepis: „Jeżeli ktoś nosi sztuczne zęby ze złota, to wolno go pochować lub też spalić zwłoki wraz z zębami". Innych przedmiotów złotych nie wolno było wkładać do grobu. Mactiahi pisze o pewnym dentyście o nazwisku Cascelius z r. 95 przed Chr., który wyjmował zęby zepsute i wstawiał nowe. Z tego wynika, że pielęgnowanie zębów jak również zawód dentysty znane były już w starożytności. Również proszek do zębów i szczoteczki były w użyciu. Żucie ziarn mastyksu uważano za bardzo pożyteczne dla pielęgnacji zębów, dlatego też używano wykałaczek z drzewa mastyksowego. U Lukjana napotykamy zdanie, w którem mowa o miłości do kobiety 70-letniej, która miała jeszcze 4 własne zęby, ale pokryte były złotemi kapami.

Komunikaty.

Krakowskie Towarzystwo Lekarskie dla wygody swych członków uzyskało konto P. K. O. — Opiewa ono: 413.989.

Klinika Oto-Rhino-Laryngologiczna w Strassburgu urządza doroczny kurs prof. G. Canuyt'a p. t. „Chirurgja oto-rhino-laryngologiczna" w czasie od 17—24 lipca b. r.

Subwencje na badania raka i chorób wenerycznych. Polska Akademja Umiejętności rozda w kwietniu b. r., z funduszu ś. p. Pawła Tyszkowskiego subwencje na rok 1933 na badania przyrodnicze i lekarskie, przedewszystkiem mające łączność z poznaniem istoty choroby raka i chorób wenerycznych lub ich leczeniem. Zgłaszający się o subwencje powinni wykazać, iż umieją pracować samodzielnie naukowo i dołączyć spis, względnie odbitki prac już drukowanych. W podaniu podany być musi temat i plan zamierzonej pracy oraz kwota potrzebna na jej wykonanie. Pierwszeństwo mają prace o charakterze doświadczalnym. W bardzo wyjątkowych wypadkach może Komitet zezwolić na wykonywanie pracy subwencjonowanej zagranicą, lecz subwencja nie może służyć na pokrycie kosztów podróży i utrzymania. Ubiegający się o subwencje mają wnosić podania do Polskiej Akademji Umiejętności do 1 marca 1933 r. Ze względu na zmniejszone dochody funduszu w obecnym roku będą przyznane subwencje tylko na podania bardzo silnie dotychczasowym dorobkiem naukowym petentów uzasadnione.

Sprostowanie omyłek druku:

W Nr. 7. str. 142 wiersz 10 i 11 w lewej szpalcie zamiast: W płynie mózgowordzeniowym opuszczonym przez nieostrożność... ma być: W płynie mózgowordzeniowym opuszczonym przez ostrożność....

Redakcja odda do referatu następujące czasopisma: Revista de Chirurgie — Rumunja; Przegląd Dermatologiczny; Pamiętnik Kliniczny Szpitala Św. Łazarza (dermatologja); Nowotwory. P.P. Kolegów, którzy chcieliby podjąć się tego zadania prosimy o porozumienie z Redakcją.

Redakcja otrzymała:

M. Girszowicz: Krótki zbiór recept dla lekarzy praktyków. Wilno 1933.

Flesch-Thebesius: Chirurgische Tuberkulose. Th. Steinkopf. Dresden 1933.

Vreinigung d. Bad-Nauheimer Aerzte. Herzneurosen u. moderne Kreislauftherapie. Th. Steinkopf. Dresden 1932.